



**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS
MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES**

**INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
A NIÑOS VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES
CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

PSICÓLOGA JACQUELINE SOLIS R.

2,004

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
BIBLIOTECA**

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES

NO. DE CÓDIGO: 327-14060432
ESTUDIANTE: JACQUELINE SOLÍS RODRÍGUEZ
CÉDULA: 8-240-908
TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TEMA DE LA TESIS: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA A NIÑOS
VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES
CON TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

ASESOR DE LA TESIS: PROFESOR RICARDO LÓPEZ

FIRMA DEL ASESOR:

FIRMA DE LA ESTUDIANTE:

APROBADO POR:

COORDINADOR DEL PROGRAMA

**DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y
POSTGRADO**

PANAMÁ, 2,004

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA

FACULTAD DE: HUMANIDADES

NÚMERO DE CÓDIGO: 327-14060432

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: JACQUELINE SOLÍS RODRÍGUEZ

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE TESIS: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA NIÑOS VÍCTIMAS DE DESASTRES NATURALES CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

RESUMEN BREVE:

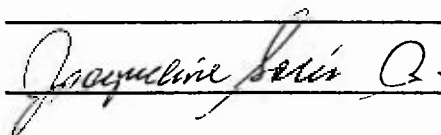
El presente trabajo es un diseño de investigación experimental con preprueba / postprueba y grupo control. Inicialmente se aplicó la preprueba a ambos grupos. Se llevó a cabo el programa de intervención terapéutica para niños víctimas de desastres con estrés postraumático al grupo experimental, y finalmente se realizó la aplicación de la postprueba a ambos grupos, para determinar la efectividad del programa terapéutico.

ASESOR DE LA TESIS:

PROFESOR RICARDO LÓPEZ

FIRMA DEL ASESOR:

FIRMA DE LA ESTUDIANTE:



APROBADO POR:

COORDINADOR DEL PROGRAMA

**DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y
POSTGRADO**

DEDICATORIA

***A la memoria de mi padre, Don Carlos Leonidas Solís S. (q. e. p. d.),
quien compartirla con mucha satisfacción y orgullo esta meta alcanzada,
por su gran esfuerzo y dedicación en el logro de mi formación personal y profesional.***

***A los maravillosos niños que participaron y colaboraron
en la realización de este programa de intervención terapéutica,
por haberme permitido compartir sus ansiedades, temores e inseguridades,
y por la anuencia a recibir ayuda para enfrentar con efectividad las adversidades del
mundo que les rodea.***

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios, por permitirme lograr esta meta anhelada y por cumplir uno de los deseos más profundos de mi corazón: obtener la Maestría en Psicología Clínica.

Al profesor asesor Mgtr. Ricardo López, por el apoyo desinteresado y alto sentido de profesionalismo que mostró durante la realización del presente trabajo de graduación.

A la profesora Mgtr. Elsa Fajardo, por la orientación y asesoramiento en el plano estadístico que requirió la elaboración de esta investigación.

Al profesor Mgtr. Isaías Madrid, por facilitarme material que me permitió establecer las bases teóricas del programa de intervención terapéutica realizado.

Al director de la Escuela San Vicente en Puerto Armuelles, maestro Manuel Rojas, por ofrecer el plantel y los estudiantes, para llevar a cabo la selección de la muestra y el programa terapéutico. De igual forma a sus docentes, por la disposición de apoyar en brindar información sobre los niños atendidos.

Al director de SINAPROC en Puerto Armuelles (2,004), Sr. Giovanni Barría, quien desde la primera visita al área, representó un apoyo significativo para que esta investigación alcanzara sus objetivos.

A su esposa Francia, su hijo Lender, sus sobrinos César, Melinda, y Julín, y al abuelo Felipe (q.e.p d.), al brindarme su hospitalidad y compartir conmigo la calidez de su hogar, durante el período en que estuve en Puerto Armuelles, Provincia de Chiriquí.

A mi madre, Doña Emilia de Solís, por su apoyo espiritual y motivación orientados hacia el logro de esta meta, quien también compartió las ansiedades, preocupaciones y satisfacciones que resultó de esta labor

A todos mis familiares, amistades, compañeros y conocidos, que de una u otra manera me permitieron hacer posible la realización de este objetivo.

Mil gracias y que Dios los bendiga.

*"He aquí, Dios es el que me ayuda;
El Señor está con los que sostienen mi vida"
Salmo 54 4*

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	Página iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I. DESASTRES NATURALES, EFECTOS PSICOLÓGICOS Y LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	
1. CONCEPTO Y DEFINICIÓN	6
2. DESASTRES Y VULNERABILIDAD.	9
2.1. Factores que favorecen la vulnerabilidad de una población....	9
3. INCIDENCIA DE DESASTRES NATURALES EN PANAMÁ....	12
4. REACCIONES Y EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS DESASTRES.....	20
4.1. Fases del impacto psicológico de los desastres.	21
4.1.1. Clasificación según fases del impacto.....	21
4.1.1.1. Fase del pre-impacto psicológico.....	21
4.1.1.2. Fase del impacto psicológico..	21
4.1.1.3. Fase de post-impacto psicológico.....	21
4.1.2. Clasificación del impacto psicológico de los desastres según la OMS/OPS.....	22
4.1.2.1. Etapa previa.	22
4.1.2.2. Período crítico.....	22
4.1.2.3. Etapa post-crítica.....	22
4.1.2.4. Etapa de recuperación.....	23
4.2. Reacciones psicofisiológicas frente a los desastres... ..	23
4.2.1. Reacciones fisiológicas.....	24
4.2.2. Reacciones cognitivas... ..	24
4.2.3. Reacciones de conducta.....	24
4.2.4. Reacciones emocionales....	25
5. GRUPOS POTENCIALMENTE EN RIESGO	39
5.1 Grupos por edad.....	40
5.1.1. Preescolares (1-5 años).....	40
5.1.2. Niñez (6-11 años).....	42
5.1.3. Pre-adolescentes y adolescentes (12-18 años).....	44
5.1.4. Adultos.....	46
5.1.5. Adultos mayores..	47

5.1.6. Grupos culturales.	49
5.1.7. Grupos socioeconómicos.	50
5.1.8. Discapacitados..	51
5.1.9. Personal de respuesta.....	52
6. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES.	55
6.1. Crisis.	55
6.1.1. Concepto.	55
6.2. Tipos de crisis.....	55
6.2.1 Crisis del desarrollo... ..	55
6.2.2. Crisis circunstanciales	56
6.3. Intervención en crisis en situaciones de desastres.....	56
6.3.1. Objetivos.....	57
6.3.2 Modalidades de la intervención en crisis... ..	57
6.3.2.1. Primeros auxilios emocionales.....	57
6.3.2.2. Terapia de crisis.....	60
6.3.3. Opciones de intervención y pautas de actuación de acuerdo a los grupos de población..	61
6.3.3.1. Preescolares (1-5).....	62
6.3.3.2 Infantes y Escolares (6-11).....	62
6.3.3.3. Preadolescentes y Adolescentes (12-18).....	62
6.3.3.4. Adultos.....	63
6.3.3.5 Adultos mayores.....	63
6.3.3.6. Grupos culturales.	64
6.3.3.7. Víctimas con trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales.	64
 CAPÍTULO 2. EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	
1. EL TRASTORNO-POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	68
1.1. Perspectiva histórica de la Evolución del concepto... ..	74
1.2. Conceptos de Estrés y Trauma.....	74
1.2.1. Estrés... ..	74
1.2.2. Trauma.....	75
1.3. Nosología del TEPT.....	79
1.4. Criterios diagnósticos según la Clasificación de las Enfermedades Mentales: DSM IV y CIE-10	82
1.4.1 Criterios diagnósticos según el DSM IV.	82
1.4.2. Criterios diagnósticos según el CIE-10.. ..	84
1.5. Trastorno por Estrés Postraumático en niños.. ..	86
1.5.1. Prevalencia.	87
1.5.2. Curso.. ..	88
1.6 Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.. ..	91

1 6.1. Terapia cognitivo – conductual	92
1.6.2 Terapia grupal.....	93
1.6.3. Psicoterapia psicodinámica breve.....	94
1.6 4. Terapia familiar.....	94
1.6.5. Tratamiento farmacológico.....	95
1 6.6. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO).....	96
2. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	98

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	105
1.1. Planteamiento del Problema	106
1 2. Pregunta de la Investigación.....	106
1.3. Objetivos de la Investigación.....	106
1.3.1. Objetivo general.....	106
1.3.2. Objetivos específicos.....	107
1 4. Hipótesis de trabajo.....	107
1.4.1. Hipótesis conceptual.. . . .	107
1.4.2. Hipótesis operacional.....	107
1.4.3. Hipótesis estadísticas	107
1.5. Unidades de observación (variables).	111
1 5 1. Variable independiente.....	111
1 5.2. Variable dependiente.....	111
1 6. Estrategia de la Investigación.	111
1 6.1. Tipo de Investigación.....	111
1.6.2. Diseño de la Investigación.	112
1.6.3. Control de las variables extrañas...	112
1.7. Conceptos de Población y Muestra.....	114
1.7.1. Población objetivo.....	114
1.7.2. Población muestral	114
1 7.3. Muestra.....	115
1.7.4. Criterios de Exclusión durante el tratamiento.. . . .	116
1.8. Instrumento.....	116
1.9. Diseño estadístico.	117
1.10.Procedimiento.	118

CAPÍTULO 4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.	121
2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS....	143

2.1. Resultados de las Prepruebas entre el Grupo Experimental y Grupo Control.....	143
2.2. Resultados de las Postpruebas entre los Grupos Experimental y Control.....	144
2.3. Resultados de las Prepruebas vs Postpruebas del Grupo Experimental... ..	146
2.4 Resultados de la Preprueba vs Postpruebas del Grupo Control....	147

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES.....	149
1.1. Con relación a la muestra.....	149
1.2 Con relación al tamaño	149
1.3. Con relación a las limitaciones.....	149
1.4 Con relación al tratamiento.....	150
1.5. Con relación a la variable dependiente, el estrés postraumático.....	151
1.6 Con relación a la proyección del tratamiento	151
2. RECOMENDACIONES.....	152

BIBLIOGRAFÍA	155
---------------------------	------------

INDICE DE TABLAS

Tabla I.	Descripción de los Grupos Experimental y Control según sexo, edad y escolaridad....	122
Tabla II.	Puntuaciones brutas obtenidas en las Prepruebas y Postpruebas de los Grupos Experimental y Grupo Control.....	126
Tabla III.	Análisis Estadísticos de los resultados según las Prueba de Mann Whitney y de Wilcoxon....	127
Tabla IV	Puntuaciones medias de las Prepruebas de los Grupos Experimental y Control.	129
Tabla V.	Puntuaciones medias de las Postpruebas de los Grupos Experimental y Control.	133
Tabla VI.	Puntuaciones medias de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Experimental.	136
Tabla VII.	Puntuaciones medias de las Prepruebas del Grupo Control.....	141

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No 1.	Comparación de los Grupos Experimental y Control de acuerdo al sexo.	123
Gráfica No. 2.	Comparación de los Grupos Experimental y Control según edad.	124

Gráfica No. 3	Comparación de los niveles de Escolaridad Básica de los Grupos Experimental y Control.	125
Gráfica No. 4.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas de los Grupos Experimental y Control. Área I: Síntomas de Aumento de la Activación.	128
Gráfica No. 5.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas de los Grupos Experimental y Control. Área II: Síntomas de Evitación.	130
Gráfica No. 6.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas de los Grupos Experimental y Control. Área III Síntomas de Reexperimentación..... .	131
Gráfica No 7.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Postpruebas de los Grupos Experimental y Control Área I: Síntomas de Aumento de la Activación.	132
Gráfica No. 8.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Postpruebas de los Grupos Experimental y Control. Área II: Síntomas de Evitación.	133
Gráfica No. 9.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Postpruebas de los Grupos Experimental y Control. Área III: Síntomas de Reexperimentación.	134
Gráfica No. 10.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Experimental. Área I: Síntomas de Aumento de la Activación.	135
Gráfica No. 11.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Experimental. Área II: Síntomas de Evitación.	136
Gráfica No. 12.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Experimental. Área III: Síntomas de Reexperimentación.	137
Gráfica No 13	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Control. Área I: Síntomas de Aumento de la Activación.	138
Gráfica No. 14	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Control. Área II: Síntomas de Evitación.	139
Gráfica No. 15.	Comparación de las puntuaciones brutas de las Prepruebas y Postpruebas del Grupo Control. Área III: Síntomas de Reexperimentación.	140
ANEXOS		
ANEXO 1 - CUESTIONARIO.		174
ANEXO 2 - HISTORIAS CLÍNICAS. .. .		175
ANEXO 3 - INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. SESIONES .. .		270

RESUMEN

Se realizó un programa de Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual a niños y niñas de la Escuela San Vicente en Puerto Armuelles, Provincia de Chiriquí; víctimas del terremoto ocurrido en el Distrito del Barú, el pasado 25 de diciembre de 2,003. La investigación de tipo experimental, con preprueba/postprueba y grupo control, obtuvo una muestra de 24 niños y niñas, cuyas edades oscilaban entre 7 y 12 años de edad, residentes en la Barriada El Retorno, una de las más afectadas por el sismo. Fueron diagnosticados con el Trastorno por Estrés Postraumático, sobre la base de los criterios del DSM-IV, que se refieren a los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación (arousal). Previo a la administración del tratamiento, se aplicó una preprueba a ambos grupos, confirmando la homogeneidad de los resultados, es decir, los dos grupos presentaban igual cantidad de síntomas. Posterior a la intervención terapéutica con el grupo experimental durante doce sesiones; se aplicó la postprueba, en donde las puntuaciones analizadas a través de las Pruebas Mann-Whitney y Wilcoxon, demostraron que existían diferencias significativas entre ambos grupos, aprobando de esta forma la hipótesis experimental. La Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual demostró ser eficaz en la disminución de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático, en niños víctimas del desastre del 25 de diciembre de 2,003, en el Distrito del Barú.

SUMMARY

A cognitive behavior therapy program was performed for children, from San Vicente School in Puerto Armuelles, Chiriqui Province, who were victims of an earthquake that occurred last December 25, 2003 in Del Barú District. It was an experimental investigation, pretest/posttest and group control with a sample of 24 children, between the ages of 7 and 12 years old, who resided in El Retorno community, which was one of the most affected ones by the disaster. They were diagnosed with the post-traumatic stress disorder, based on the DSM-IV criteria, regarding the reexperimentation, prevention and arousal. To confirm that the results were homogeneous, previous to the treatment, a pretest was applied to both groups (girls and boys), in other words, both groups were showing the same amount of symptoms. After the therapeutic intervention with the experimental group for 12 sessions; a posttest was done, in which the scores, analyzed by Mann-Whitney and Wilcoxon Test, prove that there were significant differences between both groups, accepting in this way the experimental hypothesis. The Cognitive Behavior Therapy Program intervention proved to be effective on decreasing the symptoms from the post-traumatic stress disorder in children who were victims of the disaster that occurred on December 25, 2003, in Del Barú District.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la temperatura de la tierra ha sufrido una serie de alteraciones negativas, atribuibles a los progresivos avances tecnológicos y científicos que el hombre ha alcanzado. Esta condición irregular ha modificado sus niveles naturales, produciendo una secuencia de trastornos geológicos y atmosféricos, que a su paso devastan y arrasan con un sinnúmero de áreas boscosas, urbanas y rurales; bienes materiales y vidas, tanto de humanos como de animales. También el hombre ha sido responsable directo de otros daños causados a sus congéneres y a su entorno ambiental, en esta ocasión, impulsado por descubrir lo desconocido (viajes al espacio); conmovido por sus pasiones, resentimientos y deseos de poder (guerras, atentados terroristas); y también por un excesivo desinterés en el bienestar de los demás (derrames de petróleo, escapes de gases tóxicos, incendios), entre otros.

Enumerar la cantidad de catástrofes ocurridas, sería una labor inmensurable, pero para ilustrar lo antes mencionado, es pertinente señalar los desastres sobresalientes del nuevo siglo, tales como el atentado terrorista al World Trade Center en 2,001; la Guerra de los Estados Unidos contra Irak en 2,003, los recientes huracanes Iván y Jeanie, en 2,004; sin dejar de mencionar las numerosas tormentas tropicales que azotan las costas americanas con mayor frecuencia. También en el ámbito nacional hemos confrontado, tal vez en menor intensidad que los previos, tragedias que resultan de inundaciones, incendios y movimientos telúricos enérgicos, que nos alertan acerca de nuestra vulnerabilidad ante estos eventos adversos.

En los últimos 25 años, a nivel mundial se han registrado anualmente, más de 150 millones de personas afectadas directamente por este tipo de tragedias (Puchol, 2,001). Sin importar qué clase de desastres ocurran, estos fenómenos se constituyen en eventos traumáticos que acarrear consecuencias negativas en el aspecto emocional, que en algunos casos desaparecen con el tiempo, mientras que en otros se mantienen a largo plazo o pueden durar toda la vida.

Los estados de ansiedad, miedo y estrés, que resultan de estos eventos, en la mayoría de las veces llegan a adquirir las características del Trastorno por Estrés

Postrumático, en donde concebimos la imagen de un sujeto y un evento traumático que se enfrentan entre sí, generando una sintomatología que interfiere con el desempeño del individuo en el medio en el que se desenvuelve

La difícil integración del individuo en las actividades del diario vivir, luego de haberse afectado notablemente en todos los aspectos importantes de su vida, requiere intervenciones psicológicas que restauren significativamente la seguridad personal, confianza en el medio, control sobre el miedo y estados de ansiedad, como resultado de la reexperimentación y reactivación de las sensaciones que provocan los síntomas de este trastorno

En los últimos años se han realizado estudios sobre el Trastorno de Estrés Postraumático en niños, demostrando que existe una vulnerabilidad y particular adaptación, que frente a situaciones traumáticas, facilita el desarrollo de los síntomas de este desorden, los cuales entorpecen el crecimiento y desenvolvimiento de todos los aspectos evolutivos en el niño (OMS/OPS, 2,002, Hamblen, 1998)

En estos casos, los síntomas se traducen en una serie de comportamientos que reviven el trauma a través de juegos repetitivos, miedos con contenidos confusos y relacionados con el suceso negativo, y una alteración de los estados de excitación (Hermosilla & Montt, 2,001)

Se requiere un diagnóstico y detección temprana para evitar desórdenes mayores a mediano y largo plazo, a la vez que garantice un funcionamiento normal y ajustado en los años posteriores (Hermosilla & Montt, 2,001)

En cuanto a la realidad nacional, la atención de niños durante las situaciones de desastres, está limitada a tareas de salvamento y de aspectos relacionados con su reubicación, suministro de víveres y enseres vitales, reintegro escolar y seguridad física, mientras que las labores de primera y segunda instancia que requieren estas víctimas son poco definidas y medianamente estructuradas

De no recibir atención inmediata, aquellos niños que han sido afectados por el desastre, pueden desarrollar desde temores y ansiedades, que no les permiten recobrar la confianza en el mundo exterior, hasta la cronificación del trauma (Ehrenreich, 1999). Esto evidencia la necesidad de integrar la participación de mayor cantidad de actores de

servicios privados y públicos en salud mental, que garanticen una intervención eficiente y favorecedora de una adecuada recuperación de esta población afectada emocionalmente

El objetivo primordial del presente trabajo de graduación, ha sido el promover información sobre los desastres y sobre todo, acerca de los efectos psicológicos que producen en los niños, a fin de estimular a los lectores a la integración y participación activa en acciones de intervención frente a situaciones de emergencia que confronte nuestro país. Estos datos han sido desarrollados en el primer capítulo, que además, comprende información sobre la intervención a primera instancia.

También se hace necesario conocer acerca del Trastorno por Estrés Postraumático, uno de los desórdenes con mayor incidencia en víctimas de desastres y que a su vez es el responsable de las dificultades de adaptación y funcionamiento que presenta el sujeto posterior al evento traumático. El segundo capítulo ofrece esta información y además de incluir datos relevantes sobre el TEPT en la población infantil, expone acerca de las teorías y técnicas de la Terapia Cognitivo-conductual, que mayormente han sido aplicadas con efectividad en el tratamiento del TEPT.

El capítulo tres presenta la metodología de investigación, donde se resaltan los objetivos del trabajo realizado, las características de la muestra y otros aspectos relacionados con el diseño experimental.

La presentación y análisis de los resultados son reunidos en el cuarto capítulo, donde se pueden observar claramente, las diferencias de las puntuaciones obtenidas por los niños y niñas de los grupos experimental y control, favoreciendo de esta manera la hipótesis de la investigación que propone, que al someter a tratamiento al grupo experimental, los sujetos exhibirán una disminución de los síntomas en los resultados de la postprueba. Finalmente las conclusiones y recomendaciones en los capítulos restantes, preceden la presentación de los anexos A y B, que agrupan todos los documentos e información utilizada en la realización del tratamiento.

CAPÍTULO I
DESASTRES NATURALES, EFECTOS PSICOLÓGICOS Y LA
INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Según Ehrenreich (1999), un desastre se define de la siguiente manera:

“Un desastre es un suceso, natural o causado por el hombre, de tal severidad y magnitud que normalmente resulta en muertes, lesiones y daños a la propiedad y que no puede ser manejado mediante los procedimientos y recursos rutinarios del gobierno.”

Es la correlación entre fenómenos naturales peligrosos (como un terremoto, un huracán, un maremoto, etc) y determinadas condiciones socioeconómicas y físicas vulnerables (como situación económica precaria, viviendas mal construidas, tipo de suelo inestable, mala ubicación de la vivienda, etc.) En otras palabras, se puede decir que hay un alto riesgo de desastre, si uno o más fenómenos naturales peligrosos ocurrieran en situaciones vulnerables (Romero & Maskey, 1993).

La participación activa de las instancias gubernamentales y del sector privado, permitirá una rápida, efectiva e inmediata acción para cubrir las urgencias médicas, emocionales y logísticas, a la vez que promoverá la recuperación de las poblaciones afectadas

Se clasifican en cuatro grupos (Cubano y Rodríguez, 2003):

- Naturales
- Tecnológicos
- Guerras o disturbios civiles
- Sociales

Naturales.

- Geológicos (terremotos, tsunamis)
- Climáticos (tornados, huracanes, tormentas)
- Bacteriológicos
- Animales

Tecnológicos

- Incendios
- Inundaciones

- Accidentes de circulación
- Escapes de gases
- Derramamiento de sustancias nocivas
- Explosiones

Guerra

- Bombardeos
- Acción Química o Nuclear
- Invasiones
- Campos de minas

Sociales

- Secuestros
- Terrorismo
- Hambre
- Tumultos o motines

Los desastres llegan a convertirse en fenómenos sociales, de acuerdo al impacto que causen en la comunidad o sociedad, que por la ocurrencia del hecho meteorológico, sísmico o volcánico. Cuando existe un desastre, se pone en manifiesto la falla del sistema social para proteger a las personas ante consecuencias de fenómenos naturales. Este hecho se puede ilustrar con el pasado Huracán George, que azotó República Dominicana en 1998, dejando un estimado de 2,193 millones de dólares en daños, equivalentes al 14% del PIB de ese país y cerca de la mitad de sus exportaciones (Comisión Económica para América Latina [CEPAL], 2001). De igual forma, el estado de la Florida en Estados Unidos, también fue sacudido por el mismo huracán, pero la magnitud de los daños no tuvo los mismos efectos, ni para ese estado, ni para el país (Bell, 2003).

Existe una relación directa entre desastre y pobreza, entendiéndose que mientras más pobre sea un país, mayor será el impacto que provocará el fenómeno natural y la posibilidad de que éste se convierta en desastre. La Organización para las Naciones Unidas (ONU, 1974, citado en Bell, 2003), consideraba que el 95% de las muertes

por desastres ocurrían en los países del Tercer Mundo. Tal aseveración la muestra una comparación entre Japón y Perú, quienes han estado expuestos a los mismos fenómenos hidrometereológicos, resultando Japón con tan sólo 63 muertes anuales, mientras que Perú registra 2,900 (Anderson, 1985 citado en Bell Lara, 2,003). Esta información llega a ser significativa, al contrastar el número de habitantes por país, en donde Japón presenta aproximadamente 127 millones de habitantes y Perú, 26 millones. Es decir, Japón con 4.8 veces más habitantes, señala 46 veces menos muertos que el Perú (Bell Lara, 2,003).

Así como la pobreza aumenta la probabilidad de desastres, también los desastres favorecen la decadencia económica de las regiones pobres, ya que pasado el fenómeno natural, deben enfrentar los daños y estragos causados, aunado a las pérdidas de aquellos productos que se malograron y no pudieron ser exportados. Las acciones encaminadas hacia la restauración, reparación y recuperación, representan una inversión mayor que los recursos que poseen.

2. DESASTRES Y VULNERABILIDAD

Es importante considerar que los desastres cobran mayor auge frente a la vulnerabilidad de la población y del área. Un informe de la CEPAL en 1999 (Bell Lara, 2,003), señaló a Centroamérica y el Caribe como una de las zonas con mayor vulnerabilidad a este tipo de fenómenos, haciendo mención del Huracán Mitch, el cual se considera como la peor catástrofe del Siglo XX para estas regiones, registrando pérdidas que alcanzaron un monto aproximado de 6,000,000,000 (seis mil millones) de dólares, con 9,614 fallecidos y más de 15,0000 heridos

Cuando se habla de la vulnerabilidad de una zona o país, se refiere a la probabilidad de que una comunidad expuesta a una amenaza natural, según el grado de fragilidad de sus elementos, pueda sufrir daños humanos y materiales (Bell Lara, 2,003), es decir, de la vulnerabilidad del sistema social se producen los desastres.

En el período de 1967 a 1991, se calculó que unos 3,000,000,000 de personas, fueron afectadas en todo el mundo por desastres naturales e industriales . En los países pobres, a consecuencia de los desastres, el número de personas afectadas y muertas es mayor que en los industrializados El origen de los desastres naturales obedece a factores globales de orden económico y ambiental. Por ejemplo, el aumento de las inundaciones en Bangladesh es, en parte, resultado de las deforestaciones en Nepal. Las hambrunas masivas pueden estimarse como verdaderos desastres y se producen por fenómenos naturales como las sequías, pero además, por otros condicionantes de tipo económico, político y social (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], 2,002).

2.1. Factores que favorecen la vulnerabilidad de una población.

También existen factores comunes relacionados con los desastres y que pueden intensificar las reacciones de las personas frente a los mismos Estos elementos influyen en que los sujetos sean más vulnerables frente al daño emocional (Pataki, Stone, LeViness, 2,001). Son los siguientes:

- Escaso conocimiento acerca de la aparición del evento

- El tipo de desastre
- El grado de incertidumbre y duración de la amenaza
- El tiempo del suceso
- El ámbito del evento
- Pérdidas personales y/o lesiones personales
- El estímulo traumático
- El error humano
- La falta de oportunidad para actuar con efectividad
- Las características del postdesastre
- El ambiente

Existen otros factores de riesgo personal que pueden poseer los individuos antes y durante la situación de emergencia o desastre y que inciden en la vulnerabilidad frente al estrés provocado por el evento (Pataki et al., 2001).

Entre estos tenemos:

- La salud
 - Poseer algún impedimento físico provoca una reacción negativa más intensa. Podemos mencionar cegueras, impedimentos físicos, sorderas o mutismo, entre otros.
 - Padecer de problemas médicos y de salud, que lo incapaciten para enfrentarse de manera efectiva frente a la situación adversa, influye en la vulnerabilidad de los sujetos que la padecen
- Factores Sociales
 - Carencia de sistemas de apoyos familiares, entre estos se puede considerar, estar solo (viudo, divorciado).
 - Culturales: desconocimiento del lenguaje, las normas y el temor de recibir ayuda.
- Factores Demográficos
 - Edad: los niños y los ancianos se consideran la población más vulnerable en cuanto a edad, frente a los daños emocionales que producen los desastres.

- Sexo: las mujeres desarrollan mayor estrés que los hombres, aunque no se han encontrado diferencias significativas en las respuestas inmunológicas o endocrinas.
- Experiencias pasadas.
 - Personas que han experimentado desastres en la historia de su vida, pueden ser más vulnerables a los efectos psicológicos del evento
 - Experiencias con problemas emocionales o enfermedades mentales

3. INCIDENCIA DE DESASTRES NATURALES EN PANAMA.

Debido a la posición geográfica del istmo, Panamá no ha sido víctima de desastres naturales de grandes magnitudes, como aquellas áreas de América, en donde la vulnerabilidad geográfica ante huracanes y tormentas eléctricas, o la extensión de cadenas volcánicas, los exponen a constantes desastres y situaciones de emergencias.

No obstante, han existido movimientos sísmicos de considerable alcance, a pesar de estimarse como eventos aislados en cuanto a su frecuencia, colocando a las áreas afectadas en condiciones de urgencia. Se ha requerido la intervención de ayudas nacionales e internacionales para sufragar los daños materiales y económicos acarreados por estos eventos adversos

También se deben señalar la recurrencia de inundaciones en los últimos veinte años, originados en su mayoría por la intromisión del hombre en la naturaleza, ya sea por la tala indiscriminada de árboles, por construcciones en áreas pantanosas o manglares, y/o por la negligencia en el aseo de las áreas que bordean los ríos; siendo éstos considerados, basureros y áreas de descarga de todo tipo de desechos inorgánicos que obstruyen los cauces responsables de los desagües. Las inundaciones han llegado a ser eventos naturales frecuentes durante las estaciones lluviosas, mostrando un progresivo y notable efecto perjudicial, tanto a bienes materiales como a seres vivos

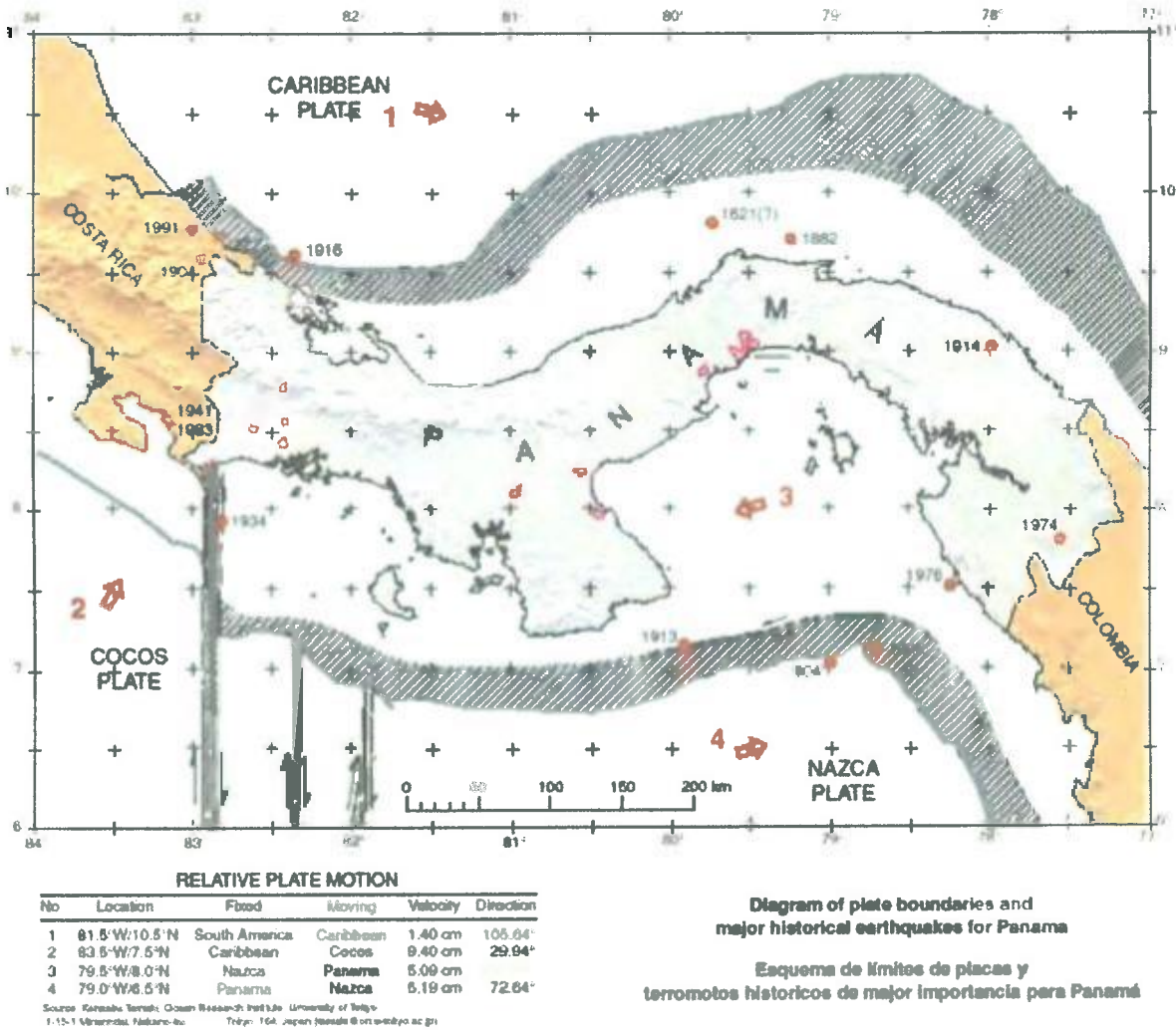
Otros desastres naturales que han causado pérdidas significativas, son las sequías, tornados y deslizamientos de tierra, estos con una frecuencia menor, pero no menos significativa que la de los mencionados anteriormente.

Panamá registra una serie de desastres naturales desde fechas remotas hasta la actualidad, en donde se incluyen sismos, tsunamis, inundaciones, entre otros, los cuales fueron responsables de numerosos daños físico-materiales y emocionales a las poblaciones afectadas.

Las estadísticas más completas que posee el Sistema de Protección Civil, son las referentes a sismos ocurridos a lo largo del istmo. Existe información que evidencia que Panamá está ubicada en una microplaca tectónica, denominada el Bloque de

Panamá, apreciable en la figura No. 1 (Camacho, 1998), dividiéndose la misma en siete zonas sismo – tectónicas principales.

FIGURA 1. MAPA NEOTECTÓNICO DEL BLOQUE DE PANAMÁ. LAS FLECHAS INDICAN EL SENTIDO DEL DESPLAZAMIENTO DE LAS PLACAS TECTÓNICAS Y EL NÚMERO REPRESENTA LA VELOCIDAD EN CM/AÑO



(Cortesía del Instituto de Geociencias de Panamá, Universidad de Panamá)

A continuación los sismos registrados según las zonas tectónicas:

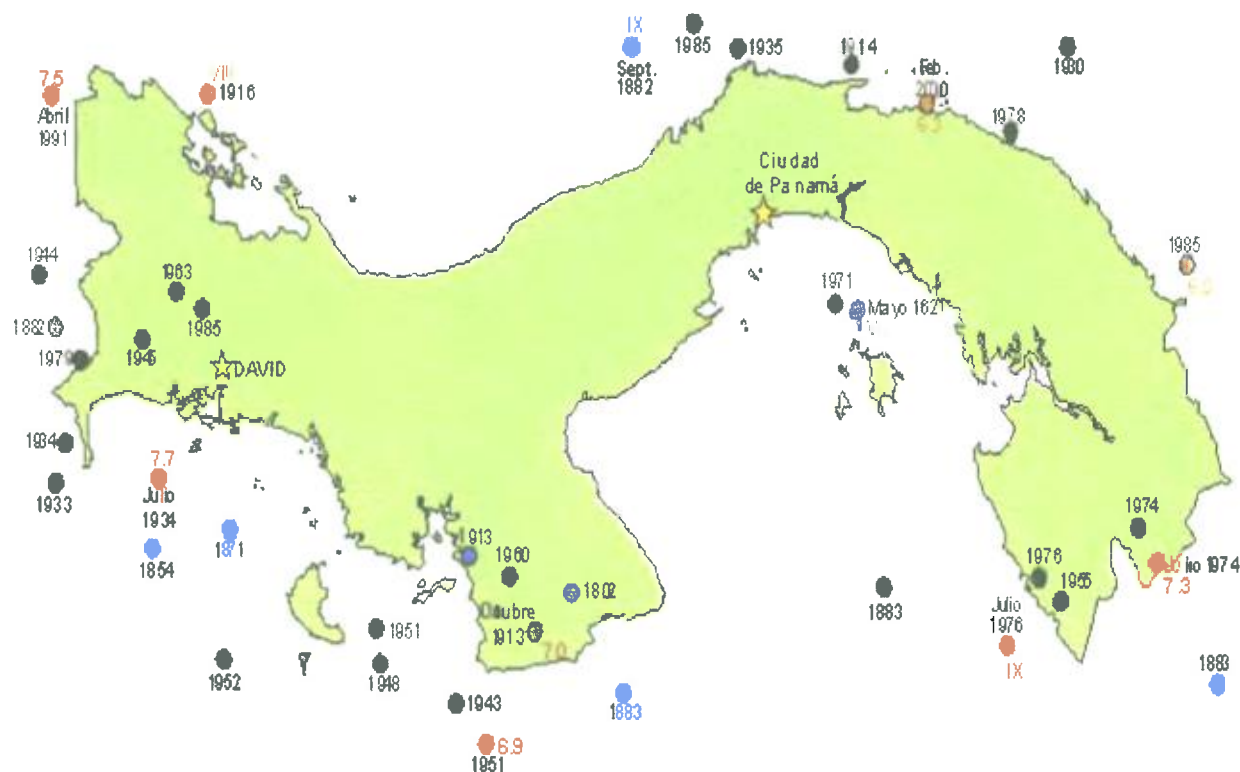
**CUADRO NO. 1. SECUENCIA DE LOS SISMOS SEGÚN ZONAS TECTÓNICAS
EN EL ISTMO**

Área	Fecha	Intensidad en Ms
ZONA DE FRACTURA DE PANAMÁ	20 de agosto de 1927 18 de septiembre de 1962	7.0
CINTURÓN DEFORMADO DEL SUR DE PANAMÁ		
Al sur de Azuero	28 de mayo de 1914	7.5
Darién	29 de marzo de 1925	7.2
Tierras altas de Chiriquí	3 de junio de 1945	7.0
Frente a la costa suroriental de Azuero	6 de enero de 1951	7.0
GOLFO DE CHIRIQUÍ		
David	26 de julio de 1871	7.0
Puerto Armuelles	18 de julio de 1934	7.4
	1 de julio de 1979	6.5
	25 de diciembre de 2003	6.0
AZUERO-SONÁ		
Soná	1516, 1803, 1845, 1883, 1913, y 1960.	6.5
Sur de Punta Mala	2 de mayo de 1943	7.1
EL DARIÉN O CINTURÓN DEFORMADO DEL ESTE DE PANAMA		
	8 de marzo de 1883	7.3
	18 de octubre de 1992	7.3
	13 de julio de 1974	7.0
Murindó	11 de julio de 1976	
PANAMÁ CENTRAL		
Zona montañosa de	2 de abril de 1621	7.0
Pacora, Panamá y	17 de octubre de 1921	5.2
Colón, Ciudad de	30 de julio de 1930	6.0
Panamá	20 de enero de 1971	6.0
EL CINTURÓN DEFORMADO DEL NORTE DE PANAMA		
	17 de mayo de 1822	7.0
	20 de diciembre de 1904	7.2
	24/26 de abril de 1916	6.6
	19 de enero de 1929	
Bocas Del Toro	22 de abril de 1991.	7.5

(Cortesía del Instituto de Geociencias de la Universidad e Panamá)

La figura No. 2 ilustra la secuencia de los sismos de mayor intensidad en Panamá desde 1621 hasta 1991.

FIGURA 2. SISMOS MÁS IMPORTANTES OCURRIDOS EN PANAMÁ DESDE 1621



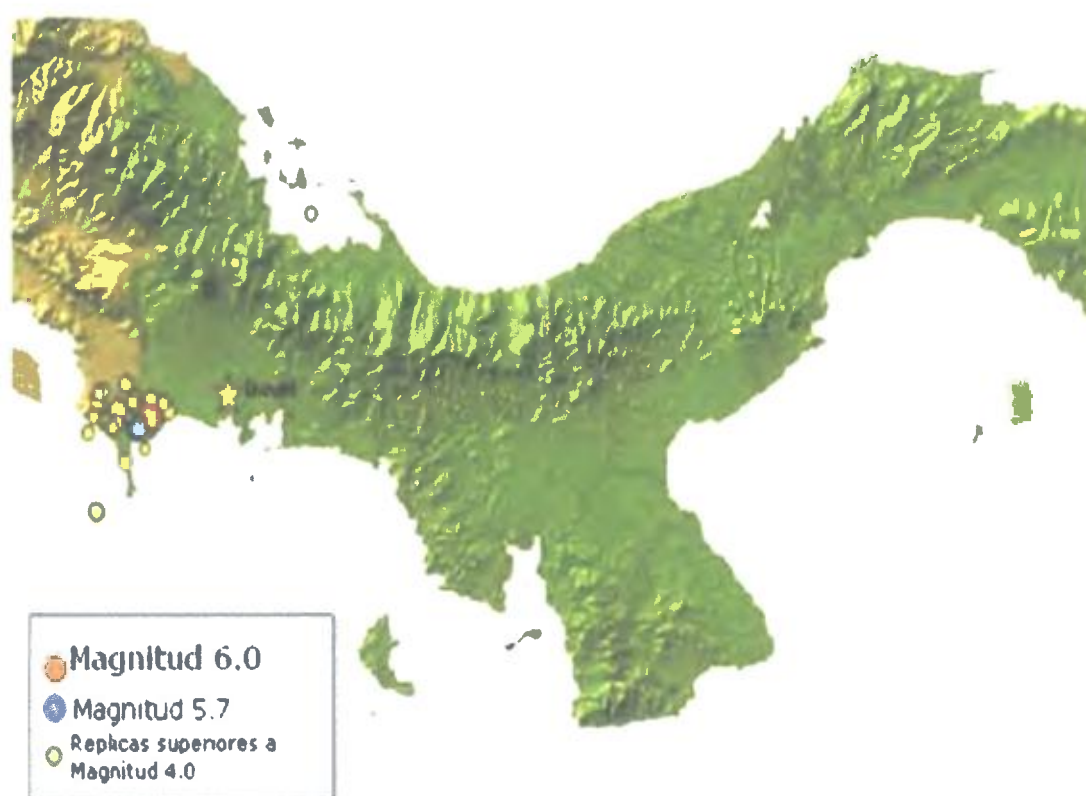
(Cortesía de SINAPROC)

No hubo información actualizada disponible acerca de otros desastres naturales en Panamá, tales como tornados, inundaciones, derrumbes, entre otros.

El 25 de diciembre de 2003, el Distrito del Barú en la Provincia de Chiriquí, registró un terremoto de 6.0 en la escala Richter a las 2:11 a.m., a 40 kms de la ciudad de David y con una profundidad de 22 kms; ocasionando afecciones materiales en muchas barriadas, del área de Puerto Armuelles, Distrito del Barú, en donde además, hubo dos muertos. El

Sistema de Protección Civil, en compañía de unidades del Ministerio de Vivienda, realizó una evaluación en el sector, en donde registraron un aproximado de 2,400 a 2,700 casas afectadas. Se presentaron durante un mes, más de 600 réplicas del sismo del 25 de Diciembre del 2003.

FIGURA 3. SISMO DEL 25 DE DICIEMBRE DE 2003 EN PUERTO ARMUELLES, PROVINCIA DE CHIRIQUÍ.



(Cortesía del Instituto de Geociencias de la Universidad de Panamá)

Los inmuebles mayormente afectados fueron aquellos que carecían de instalaciones adecuadas y no poseían las fundaciones reglamentarias que se requieren para construir una vivienda. Este elemento puso en manifiesto la vulnerabilidad del área frente a la situación de emergencia.

A nivel de la población afectada, podemos señalar que tampoco se contaba con programas de salud mental que brindaran la atención de primera instancia que requerían las víctimas; considerando además, que la comunidad no se encontraba organizada, ni preparada para enfrentar eventos de esta magnitud.

A pesar de que la sismicidad en la República de Panamá sea menos intensa que en los países vecinos de Centroamérica, esto no nos excusa para considerar que estamos libres de sufrir movimientos telúricos catastróficos (Wong, Henríquez & Justiniano, 1997).

El Profesor Jaime Toral (2002, abril 9), director del Instituto de Geociencias en el 2002, indicó que un estudio sobre las intensidades máximas esperadas en los próximos 50 años para América Central, pronosticó para Panamá, sismos de magnitud superiores a los 9 en la escala Mercali (donde la máxima es de 12) para Bocas del Toro, Chiriquí y Darién; intensidades de 8 en la escala para Azuero y de 6 para la ciudad de Panamá. En cuanto a la provincia de Chiriquí, se consideraría que sería la de mayor riesgo de sufrir un terremoto, debido a la densidad de la población en esa región. En el caso de la provincia del Darién existirían menos riesgos en caso de un terremoto, por la baja densidad de población y la poca inversión que existe en esa región. Según Toral, la ciudad capital también ha sido considerada como un área donde se pueden registrar sismos de magnitud superior a los 6.0 grados en la escala Richter.

Las condiciones de vulnerabilidad frente a situaciones de desastres, solamente en hospitales y centros educativos, son considerables, ya que las infraestructuras de estas instituciones públicas, por no poseer estructuras sismoresistentes y haber sido construidas desde fechas remotas, no se encuentran en capacidad para enfrentar sismos cuyas intensidades superen las que se han confrontado en la actualidad; esta información se obtuvo de investigaciones realizadas por la Facultad de Ingeniería Civil

de la Universidad Tecnológica de Panamá (Wong y cols, 1997), encaminadas a evaluar la vulnerabilidad de las escuelas y hospitales de nuestro país

Es por tal motivo que instituciones de rescate y de intervención en situaciones de emergencia a nivel nacional, tales como SINAPROC, Cuerpo de Bomberos de Panamá, Cruz Roja, entre otros, han integrado esfuerzos en los últimos años, para brindar una atención efectiva que inicia desde la fase del antes (a través de programas preventivos en la comunidad e integración de voluntariado) y continúa en la fase del durante con la intervención inmediata a la población afectada.

En cuanto a la fase del durante, es necesario mencionar que el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) en el año 2,003, realizó un Seminario Taller denominado. “Efectos Psicosociales en Situaciones de Emergencias y Desastres en Niños, Niñas, Adolescentes y Rescatistas”, brindado a representantes de entidades gubernamentales encargadas de la atención de estas poblaciones y profesionales de departamentos institucionales de servicios de atención en desastres.

El objetivo primordial estaba orientado a la conformación de una comisión interinstitucional que elaboraría posteriormente un Manual de Primeros Auxilios Psicológicos, cuya finalidad era la formación de líderes en las comunidades que a su vez capacitaran a los miembros de las mismas, en atención inmediata durante situaciones de desastre y a la referencia de los casos que requieren una intervención especializada con los profesionales correspondientes.

En la actualidad se encuentra en revisión para iniciar su ejecución con la formación de líderes comunitarios.

¿Posee nuestro país recursos materiales y humanos para enfrentar eventos trágicos de consecuencias devastadoras? A partir del año 2,003, hemos observado con preocupación una incidencia progresiva de desastres naturales, en donde las inundaciones ocupan los primeros lugares, como por ejemplo, la inundación de las Barriadas Nuevo Arraiján y Bello Amor en el mes de julio del mismo año y las constantes inundaciones que sufrieron distintas áreas del territorio nacional en la época lluviosa del 2,004, siendo la de mayores consecuencias funestas la del Río Cabra, con

13 muertos y un sinnúmero de pérdidas materiales, entre ellas viviendas y enseres de primera necesidad.

Por ser estos desastres naturales los más recientes en nuestro istmo, incluyendo el terremoto de Puerto Armuelles en diciembre de 2,003, queda señalar que existe una realidad alarmante e inminente de ocurrencia de futuras tragedias, con posibilidades de ocasionar graves daños a las poblaciones afectadas; de igual forma, existe una vulnerabilidad en la región que favorece que los desastres por acontecer, resulten ser mucho más catastróficos de lo esperado.

Es cierto que las experiencias pasadas han provocado daños materiales que llegan a alcanzar valores incalculables; sin embargo, las afecciones emocionales que han padecido las víctimas, no han sido cuantificadas, lo que no permite establecer el grado de deterioro psicológico que producen estos eventos en la población panameña perjudicada.

Las instancias de salvamento con especialidad en situaciones de desastres, están adquiriendo mayores implementos para mejorar la calidad del servicio brindado; mientras que a nivel de intervención psicológica, ha sido notable una considerable participación de servicios públicos de salud mental, que se desplazan a las áreas afectadas, pero todavía se requiere mayor capacitación del personal en cuanto a la atención de víctimas por desastres y a la unificación de estrategias y técnicas de intervención que favorezcan la recuperación emocional a corto plazo.

4. REACCIONES Y EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS DESASTRES.

Los desastres naturales y situaciones de emergencia, no sólo ocasionan muertes, enfermedades y pérdidas económicas, también producen severos daños a la salud mental de la población afectada.

Los daños y pérdidas materiales que acarrear los desastres naturales, son cuantificables, y en algunos casos, reversibles y reparables; no así el efecto psicológico que causa en las víctimas, quienes se ven afectadas en su capacidad para desenvolverse adecuadamente en el medio.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2,002), el impacto psicosocial de un evento adverso es el resultado de los siguientes factores

- La causa y características del evento
- La implicación del individuo
- El tipo de pérdidas

También se hace necesario considerar los siguientes criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática (OPS/OMS, 2,004).

- Prolongación del tiempo.
- Sufrimiento intenso.
- Complicaciones asociadas (ejemplo, una conducta suicida).
- Afectación del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

La exposición a un fenómeno natural, promueve reacciones emocionales que pueden ser respuestas directas al trauma o respuestas a largo plazo, requiriendo ambas, tratamiento psicológico, para evitar desórdenes tales como ansiedad generalizada, estrés postraumático y otras afecciones emocionales. Los desastres generan una perturbación interna como resultado de la percepción de una amenaza sobre la integridad de la persona.

La clasificación de este fenómeno ha sido representada por fases (Moreno-Ceballos & Martín, 2000), en donde la situación adversa crea un desajuste abrupto del patrón normal de expectativas que poseemos acerca del entorno físico y

social en que vivimos, que resulta en una serie de reacciones emocionales que progresivamente desarrollan un trastorno severo. Estas son las siguientes:

4.1. Fases del impacto psicológico de los desastres.

4.1.1. Clasificación según fases del impacto (Moreno-Ceballos y Martín, 2000).

4.1.1.1. Fase de pre-impacto psicológico.

En esta fase el individuo no ha percibido la gravedad del hecho, ya sea por no haber experimentado sucesos similares o de haberlo experimentado, imaginará que posee cierto grado de control de la situación; en este caso tiende a minimizar la validez de las medidas de prevención o de preparación para hacer frente al evento

4.1.1.2. Fase de Impacto Psicológico.

Se produce un shock emocional agudo, con adormecimiento corporal y sentimientos de desamparo y abatimiento, reacciones tan comunes en este tipo de casos, que dificultan determinar si se constituyen en desajustes emocionales de las personas, o son una forma de adaptación normal y comprensible ante la situación

4.1.1.3. Fase de Post-impacto Psicológico.

Las reacciones emocionales suelen constituirse en un síndrome de estrés post-traumático que comprende temor generalizado, actitud pesimista, expresiones de cólera, insomnio, sentimientos de culpa, y conductas de deambulamiento, apatía, y aislamiento social. En un 25% de la población afectada, el síndrome puede llegar a durar hasta 14 años después del desastre, dependiendo de la recuperación psicológica de los sobrevivientes, de la severidad de la experiencia vivida y de la capacidad de adaptación psicológica de cada persona

4.1.2. Clasificación del impacto psicológico de los desastres, según la OPS.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2,002), sugiere otra clasificación en cuanto a efectos prácticos en casos de desastres naturales, delimitándolos a cuatro grandes etapas que permiten orientar sobre lo que sucede y qué hacer en todo momento. En cada período se hace énfasis en la dinámica psicosocial que se desarrolla, tratando de esquematizar y simplificar lo fundamental.

4.1.2.1. Etapa previa.

Depende del tipo de desastre para determinar su duración. Los huracanes, por ejemplo, pueden ser monitoreados y anticipado su paso por determinado territorio. Por el contrario, un terremoto ocurre abruptamente sin tiempo alguno que permita prepararse. No obstante, en cualquiera de los casos, es vital desarrollar un plan preventivo que reduzca la vulnerabilidad de la población.

4.1.2.2. Período crítico.

Ocurre a partir del desastre y varía de acuerdo a la duración y características, dependiendo del tipo de evento y su magnitud. En este momento, lo fundamental para la población es su seguridad personal y familiar y la satisfacción de sus necesidades básicas y de supervivencia. La primera ayuda psicológica es ofrecida por la propia comunidad, socorristas y el personal que establece contacto con las personas en la situación de emergencia.

4.1.2.3. Etapa post-crítica.

Tiene una duración aproximada de 15 a 30 días después del evento. Es en este período que tienen participación con la población afectada, los grupos responsables de brindar la ayuda externa y los organismos del estado. Se realizan las intervenciones en crisis y la atención de casos que requieran atención especializada.

4.1.2.4. Etapa de recuperación.

Requiere de una preparación del sector salud y diferentes instituciones nacionales, que tendrán que enfrentar con sus propios recursos las tareas normales, más las que corresponden a la recuperación psicosocial como resultado del desastre. Las crisis deben dejar como sedimento un crecimiento personal y el fortalecimiento de los mecanismos individuales y grupales de afrontamiento, así como de redes de apoyo social.

A continuación el Cuadro No 2, presenta las manifestaciones psicosociales ante desastres naturales, según etapas:

CUADRO NO. 2. MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES FRENTE A DESASTRES, SEGÚN ETAPA (OPS/OMS 2002)

Fase pre-crítica (horas o días previos)	Fase de crisis (evento y 72 horas posteriores)	Fase post-crítica (30 días)	Fase de recuperación (posterior al primer mes)
<p>Se conoce y se anuncia la catástrofe</p> <p>Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población.</p> <p>Sobre o sub / valoración del posible desastre</p> <p>Se potencializan características humanas preexistentes.</p>	<p>Período breve durante el cual transcurre la catástrofe</p> <p>Destrucción y muerte.</p> <p>Desorganización y confusión Generalizada</p> <p>Miedo Sentimientos de abandono y vulnerabilidad.</p> <p>Necesidad de supervivencia</p> <p>Pérdida de Iniciativa</p> <p>Liderazgos espontáneos (positivos o negativos)</p> <p>Conductas: Heroicas o mezquinas Violentas o pasivas Muestras de solidaridad o de egoísmo</p>	<p>Conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas</p> <p>Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación</p> <p>Miedo a la recidiva</p> <p>Conductas agresivas contra autoridades e instituciones</p> <p>Actos de rebeldía y/o delincuenciales</p> <p>Se mantienen, en alguna medida, los aspectos detallados en la etapa anterior</p>	<p>Se mantienen como no resueltos muchos problemas</p> <p>Secuelas sociales y de la salud de las personas, en especial problemas de orden psíquico</p> <p>En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas se planifican y ejecutan tareas para la recuperación definitiva</p>

4.2. Reacciones psicofisiológicas frente a los desastres

Las reacciones frente a los desastres varían según los individuos, de acuerdo a la vulnerabilidad de los mismos y del sistema social; sin embargo, existen respuestas

comunes que son reacciones normales ante eventos anormales. Estas pueden presentarse durante el desastre o posterior al mismo después de horas, días, semanas y hasta meses. Se clasifican en fisiológicas, cognitivas/intelectuales, conductuales y emocionales (Pataki et al. 2001), entre las cuales tenemos:

4.2.1. Reacciones fisiológicas:

- Fatiga
- Náuseas
- Vómitos
- Temblores motores finos
- Movimientos faciales involuntarios
- Dolores musculares
- Síntomas de estado de choque
- Dolores de cabeza
- Perspiración profusa
- Escalofríos
- Crujir de dientes
- Mareos

4.2.2. Reacciones Cognitivas:

- Pérdida de la memoria
- Anomia
- Dificultad para tomar decisiones
- Confundir asuntos triviales con asuntos de importancia
- Problemas de concentración o distracción
- Atención reducida
- Dificultad para hacer cálculos

4.2.3. Reacciones de conducta:

- Insomnio

- Abuso de sustancias químicas
- Cambios en el comportamiento
- Vigilancia exagerada
- Llanto recurrente
- Conducta ritualística
- No desear apartarse de la escena

4.2.4. Reacciones Emocionales:

- Ansiedad
- Pena, aflicción
- Depresión
- Irritabilidad
- Sentirse abrumado, anonadado
- Identificación con las víctimas
- Anticipar daños a sí mismos y a otros

Estas reacciones deben ser observadas por los Servicios de Salud Mental en Desastres, con el objetivo de reconocer cuándo las mismas reflejan un daño severo, que requiera la referencia del caso a un especialista en salud mental.

Las personas expuestas a situaciones tales como daño físico, haber permanecido atrapadas, haber observado la destrucción en la comunidad, ser arrastradas por corrientes de aguas, ser testigo de muertes, sufrir grandes pérdidas, etc , pueden experimentar sentimientos, ideas y sensaciones corporales como miedo, angustia, pena, aflicción, tristeza, desesperanza, etc (OPS/OMS, 2002)

Seguidamente se presenta cuantiosa información acerca de las reacciones de comportamiento y psicológicas, ocasionadas por la exposición a un evento adverso, que incluye los resultados obtenidos por investigaciones realizadas con víctimas de algunos eventos traumáticos ocurridos en las últimas décadas.

Estudios realizados por Titchener y otros (1976, citado en Slaikeu, 1996), realizados con sobrevivientes de la tragedia del rompimiento del dique construido por la *Buffalo*

Creek Mining Company en 1972, en el Valle de Buffalo Creek, reflejaron las siguientes reacciones emocionales al desastre:

- Efectos agudos del impacto, los cuales incluyen perturbaciones en la memoria, pesadillas, insomnio, irritabilidad y angustia.
- Síntomas que persistieron por meses y años, tales como ansiedad continua, fobias, depresión, uso aumentado de estimulantes y depresores, pérdida del interés en las relaciones sexuales, búsquedas recreativas y sociabilización en general.
- Trastornos en el carácter y el estilo de vida.

Datos acerca de las reacciones, los presentan las investigaciones realizadas por la Dirección General de Protección Civil Española, con poblaciones afectadas por algunas situaciones de emergencia (Rodríguez & Cubano, 2003), semanas después de ocurrido el desastre, observando que independientemente del tipo de suceso vivido, los aspectos psicológicos que presentaban los sujetos eran comunes a todas las personas:

- Sentimientos de indefensión, desamparo, e intenso malestar psíquico.
- Miedo a perder la vida, tanto la propia como la de los seres queridos.
- Desarrollo de sentimientos de solidaridad y empatía
- Predominio de lo emocional sobre lo racional, aunque es frecuente que se dé una búsqueda racional de causalidad para poder mantener el control de la situación.

Otra investigación realizada durante y después de las situaciones de emergencia, es la catástrofe de Armero en Colombia (OPS/OMS, 2004), donde la erupción volcánica, el deslizamiento de lava, tierra, rocas, árboles y el consecuente sepultamiento de un amplio territorio provocó la muerte del 80% de la población (30,000 personas), dejando sin hogar a unos 100,000 habitantes de las regiones aledañas y lesionando a muchos de ellos. En este caso, fueron enviados equipos de salud mental para que laboraran en la atención a los damnificados y en su recuperación.

Se evidenció la presencia de cuadros de ansiedad y depresión mayor entre seis meses y un año después del desastre, también se evaluaron problemas de consumo

excesivo de alcohol y drogas, así como comportamientos violentos y desadaptativos, con los consecuentes trastornos en la vida familiar y social.

A continuación se presentan dos investigaciones que analizan las manifestaciones psicosociales sobresalientes. La primera, es un estudio de prevalencia de trastornos psíquicos en el período inmediato posterior al Huracán Mitch en Honduras. La segunda, es una investigación de tipo cualitativa, donde se realizó una descripción de los efectos psicosociales en la población afectada por un conflicto armado que duró aproximadamente más de tres décadas en la República de Guatemala.

En cuanto a la primera, estudios posteriores al Huracán Mitch, realizados con la población adulta en Tegucigalpa, Honduras, mostraron que las manifestaciones psicosociales prominentes, fueron episodios depresivos mayores, en un 19.5 de la población, mostrando las zonas de alta exposición una tasa de un 24.2%, contra un 14.2% en los barrios menos expuestos. En segundo lugar, el estrés postraumático se encontró en un 10.6% de la población; en el 7.9% del grupo de baja exposición y el 13.4% de la muestra sumamente expuesta; sin embargo, la tasa de síntomas de TEPT relacionados con el huracán fue mucho mayor (23.0%) cuando se excluyeron los criterios de duración y discapacidad. La presencia de estrés postraumático (TEPT) y episodio depresivo mayor, fue la tasa de comorbilidad de un 6.9%; un 8.9% en el grupo de alta exposición y 4.9% en el grupo de baja exposición. Fueron notables los incrementos de problemas de alcoholismo en el grupo de bajos estratos socioeconómicos y alta exposición que vivía en albergues (Kohn, 1999).

La segunda, contiene las manifestaciones psicosociales de la población afectada por la guerra en Guatemala, reflejadas en un estudio cualitativo, realizado en el Quiché y Alta Verapaz en 1998. (Rodríguez & Ruíz, 2001). Algunos de los resultados más significativos son los siguientes. incremento de problemas de salud mental, durante y después del conflicto armado que duró 36 años. En zonas rurales e indígenas, actualmente experimentan sentimientos de frustración y desesperanza. En cuanto a la población específica, los niños presentaron problemas de ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, timidez y aislamiento, problemas de conducta, conflictos con la autoridad, trastornos del sueño y enuresis. Los jóvenes de zonas

rurales mostraron los siguientes cambios: aumento de conductas adictivas y suicidas. En referencia a las relaciones familiares, se observó desconfianza entre los miembros de las mismas, además de comunicación deficiente, con miedos y temores. Entre las experiencias traumáticas a las que estuvieron expuestos los afectados fueron: muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. Las personas perdieron sus propiedades, incrementándose así la pobreza en la región.

En el Informe del Proyecto Interdiocesano sobre la Recuperación de la Memoria Histórica de Guatemala, realizado por la Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHAG, 1998), se obtuvieron datos sobre las reacciones psicosociales en el momento de los hechos. A través de testimonios personales, puntualizaron como problemas más importantes, el miedo (31%) y la tristeza (29%) como efectos de las pérdidas y la violencia, hambre y sufrimiento extremo (21%), profundos sentimientos de injusticia por las muertes (15,4%) y enfermedades psicosomáticas (15%). Los sobrevivientes especificaron que la violencia les produjo mucha impotencia (12,5%), perspectivas negativas hacia el futuro (8,1%) y un duelo alterado (8%). En menor medida, los testimonios recogieron cambios en la visión del sí mismo o el mundo (2,6%) y sentimientos de soledad por la pérdida de familiares (3,2%). Finalmente, se observó poca frecuencia de culpa manifiesta (1,3%) y las enfermedades mentales severas afectaron según los testimonios, a una minoría de la población (1%).

La Unidad de Intervención Psicológica en Desastres del Instituto Psicoanalítico de Sevilla (Rodríguez & Cubano, 2003), de acuerdo a la experiencia en la participación en emergencias y desastres como especialistas en intervención de primera y segunda instancia, agruparon los síntomas en función del tipo de trastornos de personalidad que remitían desde el enfoque psicoanalítico (llegando a la conformación de dos cuadros con sus respectivos síntomas):

- *Colapso Narcisístico:*
 - Indefensión, desamparo
 - Trastorno psicosomático
 - Pérdida del control (acting-out)

- Pérdida de la identidad (autoestima)
- *Reacción traumática depresiva*
 - Apatía, tristeza vital, angustia
 - Desinterés y cuadro depresivo
 - Culpa (paranoide o depresiva)
 - Ideas de muerte
 - Disminución del tono basal e inhibición funciones cognitivas

Muchas de estas reacciones psicológicas persistieron en los individuos, aún después del evento crítico, interfiriendo en sus actividades diarias. Investigaciones realizadas (Rodríguez & Cubano, 2003) en diferentes países (EEUU, Francia, México, etc.) y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se han clasificado estos síntomas en tres síndromes, considerados los de mayor remisión frente a la experiencia de desastres y situaciones de emergencias. Son los siguientes:

- Síndrome de aflicción por catástrofe
- Síndrome del superviviente
- Síndrome del estrés postraumático

El *síndrome de aflicción* presenta síntomas asociados a un cuadro depresivo:

- *Dolor por la pérdida.* Los sujetos desarrollan una reacción emocional de dolor por la pérdida de seres queridos, del hogar, de las posesiones, entre otros.
- *Tristeza, ira, apatía.* Corresponden a sentimientos muy intensos y de larga duración temporal.
- *Conductas regresivas y de dependencia.*
- *Riesgo de depresión crónica.* Se refiere a la posibilidad de que la prolongación excesiva del dolor sufrido origine una depresión crónica.

El *síndrome del superviviente* se refiere a los siguientes síntomas:

- *Irritabilidad, ira, agresión.* Estos síntomas persisten aún en los años posteriores a la experiencia traumática, manteniéndose en niveles muy elevados.
- *Desórdenes físicos.* Habitualmente hipertensión, cefaleas y trastornos gastrointestinales.
- *Aumento de la mortalidad.* Es notable aproximadamente al año siguiente de la catástrofe y de ocurrencia entre familiares de víctimas que no sobrevivieron.

El *estrés postraumático* se define como una respuesta retardada o prolongada ante un grave peligro, ante un evento psicológicamente desastroso, que no forma parte de la experiencia habitual del sujeto. Los síntomas son los siguientes:

- *Reexperimentación del suceso* A través de pensamientos repetidos sobre lo ocurrido o a través de sueños angustiantes, los cuales promueven en la persona un intenso malestar psicológico.
- *Evitación de estímulos asociados.* El sujeto procura evitar deliberadamente pensamientos y sentimientos que le provoquen el recuerdo del suceso vivido. Puede quejarse de que se siente distanciado o extraño con respecto a los demás, de que ha perdido interés por las actividades que antes le atraían, de que hay una disminución de la capacidad de sentir emociones, especialmente aquellas relacionadas con la ternura, la intimidad y la sexualidad.
- *Hiperexcitación y alarma.* Reacciones muy elevadas de excitación y alarma que pueden provocar largos períodos de insomnio.
- *Ideas de suicidio*
- *Abuso de drogas y alcohol*

En los dos últimos atentados ocurridos el 11 de septiembre de 2,001 y 11 de marzo de 2,003, en Estados Unidos y España, respectivamente, se llevaron a cabo estudios de prevalencia de trastornos de ansiedad en las víctimas. El primero se realizó de 5 a 8 semanas después del atentado, superando el período de tiempo esperado para un trastorno de Estrés agudo y comenzar el período de tiempo en el que el Trastorno por

Estrés Postraumático (TEPT) pueda ser diagnosticado. Se administró una encuesta telefónica a 1,008 personas seleccionadas aleatoriamente y residentes en la zona del desastre. Los resultados del estudio fueron los siguientes: 7.5% de los participantes cumplían los criterios del Trastorno por Estrés Postraumático y un 9,7% cumplían los criterios de la Depresión; sin embargo, mientras más se acercaban al área de la tragedia, los resultados del TEPT alcanzaban un 20% de las personas que residían en las cercanías de las Torres Gemelas. Estos datos permitieron sugerir que existirían alrededor de 67,000 personas afectadas por este desorden y 87,000 por la Depresión, lo cual representa aproximadamente el doble de la población de los Estados Unidos que presentaba el TEPT en un 3,6% y 5% para la Depresión, antes del ataque al World Trade Center (Galea et al., 2002).

Otro estudio realizado, réplica del anterior, fue el que llevó a cabo la Universidad Complutense de Madrid (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés [SEAS], 2004, marzo), luego del atentado del 11 de marzo de 2003 en Madrid, España. Se entrevistaron telefónicamente un total de 1,771 personas, entre los cuales se estudiaron los efectos psicológicos en tres grupos: la población general, víctimas y allegados, y personal de emergencia, observándose que los trastornos sobresalientes en los tres grupos fueron la depresión, el trastorno por estrés postraumático y el ataque de pánico.

Se obtuvieron los siguientes resultados entre las víctimas y sus allegados:

- **Depresión:** La primera evaluación mostró que el 31.3% de las personas cumplían los criterios de depresión mayor (39.1% mujeres, 17.8% varones); mientras que en la segunda evaluación sólo un 48.6% de los anteriores
- **Trastorno por estrés postraumático:** Hubo un 28.2% (40.6% mujeres y 6.7% varones) como resultado de la primera evaluación. La segunda evaluación mostró que 54.5% continuaban presentando síntomas del TEPT
- **Ataque de pánico:** La primera evaluación mostró que el 45.3% de las víctimas y allegados presentaban síntomas que cumplían los criterios de ataque de pánico (56.5% mujeres, 31.1% varones); mientras que en la segunda hubo un 59.1% de los anteriores

- **Trastorno de pánico:** El porcentaje de personas que cronificaron el ataque de pánico desarrollaron un trastorno de pánico, en un 48.8% (51.6% mujeres, 41.7% varones).

La Organización Panamericana de la Salud establece una serie de trastornos asociados a la experiencia traumática por situaciones de emergencias, siendo más observadas las patologías de tipo depresivo y de ansiedad, así como los trastornos por estrés agudo y estrés postraumático (OPS/OMS, 2002). También menciona los síntomas de los trastornos disociativos o de conversión y los trastornos psicóticos, los cuales, a pesar de que no resultan de una situación traumática *per se*, pueden agravarse frente a una condición de estrés traumático.

Trastornos Depresivos y/o de Ansiedad.

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas psíquicos o físicos están relacionados con la angustia, frustración y tristeza. En ocasiones, el cuadro se manifiesta en forma de un ataque o crisis aguda, que requiere una atención de emergencia. Sus manifestaciones más comunes son las siguientes:

- Estado de ánimo disminuido o tristeza
- Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar
- Ansiedad, tensión o nerviosismo
- Intranquilidad
- Preocupaciones constantes
- Temblores
- Trastornos del sueño.
- Astenia o fatiga y pérdida de energía.
- Falta de concentración.
- Trastornos del apetito.
- Ideas o actos suicidas.
- Pérdida o disminución del deseo sexual
- Palpitaciones.
- Mareos.

- Sequedad de boca.

Trastorno por Estrés Agudo.

Es un conjunto de síntomas de carácter agudo, como resultado de la exposición al desastre. En cuanto al nivel de intensidad y presencia de síntomas se clasifica en ligero, moderado o grave. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de una hora posterior al trauma y deben desaparecer o aliviarse en un término no mayor a 48 horas.

Manifestaciones clínicas:

- Manifestaciones de ansiedad generalizada que incluye tensión, angustia, dificultad para la concentración, intranquilidad y algunos síntomas físicos
- Desesperanza o frustración.
- Tristeza o manifestación de duelo excesivo e incontrolable.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad.
- Puede aparecer desorientación o estrechamiento de la conciencia.

Conducta o Ideación Suicida.

La conducta suicida, como consecuencia de situaciones de desastres (en la fase crítica), no resulta tan frecuente; sin embargo, la ideación suicida tiene relación con los sentimientos de culpa del sobreviviente y en casos de experiencias traumáticas extremas. La predicción de los actos suicidas, al igual que otras conductas humanas, no resulta una tarea fácil; la estimación del riesgo es compleja.

Factores o condiciones que incrementan el riesgo suicida

- Ideación suicida intensa y persistente.
- Intentos suicidas previos.
- Existencia previa de trastornos psíquicos, en especial depresión intensa y persistente
- Alto grado de exposición al evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud
- Plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios para ejecutarlo.
- La falta de apoyo social y familiar.

- El consumo de alcohol u otras sustancias limita la capacidad de autocontrol.
- Dificultades socioeconómicas.
- Padecer enfermedades crónicas e invalidantes.

Los estados de pánico.

Los estados colectivos de pánico no se constituyen en la reacción común frente a una situación de emergencia. Se ha demostrado que este es un fenómeno poco frecuente y sólo se observa en circunstancias muy definidas, como por ejemplo, un ataque terrorista. El pánico colectivo se establece de manera brusca o progresiva y se determina por un alto grado de tensión y angustia que se torna intensa, anormal e incontrolable. La desorganización y desadaptación caracterizan la conducta de las personas. Pueden presentarse situaciones de violencia, agresividad, y en ocasiones, actitudes temerarias. El pánico es una respuesta desproporcionada que tiende a propagarse. El riesgo de pánico y desorganización son determinados por la incertidumbre y el rumor. Ante situaciones mencionadas se ha descrito el pánico anticipatorio.

Lo más frecuente, sin embargo, es que las personas manifiesten ansiedad, temor, intranquilidad o inseguridad sin que el cuadro llegue a constituirse en un estado de pánico. Desde el punto de vista individual, el trastorno de pánico o ansiedad paroxística se describe como un episodio que se inicia bruscamente, alcanzando su máxima intensidad en segundos y tiene una duración de minutos. El diagnóstico se hace por la presencia de algunos de los siguientes síntomas:

Síntomas somáticos y autonómicos:

- Palpitaciones.
- Escalofríos
- Temblores o sacudidas
- Sequedad de la boca
- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor, malestar u opresión en el pecho.
- Malestar abdominal

- Náuseas
- Síntomas generales y psíquicos:
- Angustia o tensión extrema.
- Sensación de pérdida de control.
- Miedo a morir.
- Mareos y/o desmayos.
- Sensación de irrealidad o de sentirse extraño en la situación en que está.
- Oleadas de calores.
- Adormecimiento o sensación de hormigueo.

Trastorno por estrés postraumático.

Para algunos autores el trastorno de estrés postraumático es el diagnóstico más frecuente en situaciones de conflictos armados y desastres. Es un cuadro que surge después de sucesos angustiosos de naturaleza excepcionalmente peligrosa. Su prevalencia general en la población se ha estimado en un 0,37%. Sin embargo, también se ha cuestionado este diagnóstico por considerarlo típico de determinadas culturas y por formularse con demasiada frecuencia; de hecho, se ha argumentado que es una categoría diagnóstica inventada sobre la base de necesidades sociopolíticas (Summerfield en OMS/OPS, 2,001). Independiente de estos señalamientos, no cabe duda sobre la presencia de estos cuadros (en diferentes modalidades) en períodos posteriores a la emergencia propiamente dicha.

El próximo capítulo estará dirigido al desarrollo de este trastorno y su tratamiento.

Trastornos disociativos o de conversión.

Manifestaciones clínicas:

- La presentación suele ser súbita y está relacionada con la situación y las circunstancias vividas.
- El paciente presenta síntomas físicos poco frecuentes que no tienen causa biológica aparente, tales como ataques epileptiformes, excitación, agitación, amnesia, estado de trance o pérdida de conciencia, anestesia, trastornos visuales, parálisis, afonía, confusión de identidad, estados de posesión, etc.
- Los síntomas pueden ser dramáticos, aparentemente inusuales y variables.

- Habitualmente desaparecen rápido y sin dejar secuela.

Trastorno psicótico agudo.

No es común la existencia de casos de psicosis en situaciones de emergencias, pero es notable considerar que como consecuencia de experiencias traumáticas intensas, pueden presentarse ocasionalmente, cuadros agudos de corta evolución o descompensaciones de enfermos preexistentes. Además, debe descartarse una causa orgánica, pues en estas situaciones la persona pudo haber recibido un trauma, o padecer una enfermedad infecciosa o tóxica. Las psicosis de larga evolución –como la esquizofrenia- sólo aparecen como descompensaciones en sujetos que ya estaban enfermos con anterioridad; no obstante, se debe estar preparado para atender aquellos casos que puedan identificarse y/o demandar asistencia

Sus manifestaciones clínicas son:

- Alucinaciones (oír voces, sentir o ver cosas de origen desconocido).
- Ideas delirantes (ideas o creencias extrañas o irreales).
- Confusión.
- Temor y/o desconfianza.
- Actividad excesiva y/o comportamiento extravagante.
- Retraimiento
- Lenguaje desorganizado o anormal.
- Respuestas emocionales exageradas e inestabilidad emocional.

Deben considerarse como posibles causas orgánicas las siguientes:

- Epilepsia.
- Intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol
- Infecciones o enfermedades febriles
- Traumas craneales

En estos casos, debe atenderse primariamente la enfermedad de base, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no se deben a lesiones del sistema nervioso. Pueden ser reacciones agudas que evolucionan rápidamente hacia la curación o, en otros casos, son episodios de un trastorno de larga evolución como la esquizofrenia.

Síntomas somáticos y autonómicos:

- Palpitaciones.
- Escalofríos
- Temblores o sacudidas.
- Sequedad de la boca
- Dificultad para respirar
- Sensación de ahogo.
- Dolor, malestar u opresión en el pecho.
- Malestar abdominal.
- Náuseas

Síntomas generales y psíquicos:

- Angustia o tensión extrema.
- Sensación de pérdida de control
- Miedo a morir.
- Mareos y/o desmayos
- Sensación de irrealidad o de sentirse extraño en la situación en que está
- Oleadas de calores
- Adormecimiento o sensación de hormigueo
- Animar a que realicen una vida normal en cuanto mejoren sus síntomas.
- Valorar el uso de medicamentos específicos como los neurolépticos, que deben ser prescritos por un médico, e incluso el internamiento en un hospital –por un periodo limitado de tiempo- si fuera necesario

A continuación el Cuadro No 3, donde se presentan las manifestaciones clínicas después de un desastre, de acuerdo a las etapas señaladas por la OMS, 2,002.

**CUADRO NO. 3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DESPUÉS DEL
DESASTRE, SEGÚN ETAPAS (OPS/OMS, 2,002).**

Fase pre-crítica (horas o días previos)	Fase de crisis (evento y 72 horas posteriores)	Fase post-crítica (30 días)	Fase de recuperación (posterior al primer mes)
<p>Angustia</p> <p>Inseguridad</p> <p>Vigilancia obsesiva</p>	<p>Cnsis.</p> <p>Estrés pentraumático</p> <p>Reacciones colectivas de agitación</p> <p>Reacción de ansiedad y/o depresión.</p> <p>Trastornos de conciencia</p> <p>Reacción de excitación y/o psicótica</p> <p>Descompensación de trastornos psíquicos preexistentes</p>	<p>Trastorno por estrés agudo.</p> <p>Trastornos depresivos y de ansiedad</p> <p>Descompensación de trastornos psíquicos preexistentes</p> <p>Abuso de alcohol y drogas</p> <p>Violencia.</p>	<p>Trastorno por estrés post-traumático</p> <p>Otros trastornos psíquicos tardíos o complicados</p> <p>Alcoholismo y otras adicciones</p> <p>Violencia</p>

Entre los pensamientos, sentimientos y conductas más comunes entre las víctimas se sugieren las siguientes (SAMHSA, 2000):

- Preocupación por sobrevivir
- Pesar por la pérdida de seres queridos y pérdida de valor y significado de las posesiones
- Temor y ansiedad acerca de la seguridad personal y la de los seres queridos.
- Perturbaciones del sueño, que incluyen en algunas ocasiones pesadillas
- Imaginaciones acerca del desastre
- Preocupación acerca de las condiciones de reagrupación o las condiciones de vida.
- Necesidad de hablar repetidamente acerca de los eventos y sentimientos asociados con el desastre.
- Necesidad de sentirse parte de la comunidad y de esforzarse para recuperarse del evento traumático

5. GRUPOS POTENCIALMENTE EN RIESGO.

En el *Manual de Entrenamiento para Trabajadores de Servicio Humano y Salud Mental en Desastres Mayores* (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2,000), señala que aunque hay muchos sentimientos y reacciones que las personas comparten en común frente a un desastre, también hay algunas expresiones que son específicamente influenciadas por aspectos relacionados con la edad del sobreviviente, antecedentes étnicos y culturales, estado socioeconómico, condición física y vulnerabilidad psicosocial

Es necesario comprender las reacciones del individuo de acuerdo a los grupos específicos de población, ya que los niños, las personas de edad avanzada y los discapacitados se exponen a un riesgo mayor de experimentar traumas de cualquier índole, sobre todo, psicológicos.

Cada comunidad afectada por desastres tiene su propia composición demográfica, historias anteriores con desastres u otros eventos traumáticos, y su representación cultural. Cuando los planificadores evalúan los grupos impactados por el desastre en su comunidad, deben considerar lo siguiente (SAMHSA, 2000).

- Grupos por edad
- Grupos culturales y étnicos
- Grupos económicos
- Personas con serios y persistentes enfermedades mentales
- Trabajadores de servicio humano y rescatistas.

La mayoría de los sobrevivientes son resilientes y con el tiempo pueden integrar su experiencia traumática para continuar; sin embargo, las víctimas que han tenido concurrencia psicosocial, salud o problemas financieros, se encuentran en un mayor riesgo de depresión, ansiedad, y síntomas de estrés postraumático, o una exacerbación de sus condiciones preexistentes. Cuando los sobrevivientes han experimentado severas pérdidas en el desastre (muerte de seres queridos, pérdida de sus casas y de su comunidad), sus reacciones son expresadas más intensamente y por un periodo de tiempo más largo. (Solomon & Green, 1992 citado en SAMHSA, 2,000).

5.1. Grupos por edad.

Cada etapa de la vida está acompañada de desafíos especiales para enfrentar las repercusiones de un desastre y la vulnerabilidad relacionada con la edad ante el estrés del desastre.

Los grupos de edades consideradas en riesgo son los siguientes:

- Preescolares (1-5)
- Niñez (6-11)
- Pre-adolescentes y Adolescentes (12-18)
- Adultos
- Adultos Mayores

Las reacciones y los problemas varían dependiendo de la fase del período del post-desastre. Algunos de estos problemas discutidos aparecen inmediatamente; muchos otros aparecen meses después.

A continuación se presentarán cada una de las etapas con sus respectivas reacciones psicológicas.

5.1.1. Preescolares (1-5 años).

Del nacimiento a los 2 años, es notable la ausencia del lenguaje o la incapacidad de expresar con claridad sus sentimientos. A pesar de que pueden recordar imágenes, sonidos u olores, no pueden describir lo que han experimentado o están viviendo. Durante y después de una situación de emergencia, suelen mostrar irritabilidad con más facilidad, presentar llanto recurrente y necesitar ser cargados y abrazados, estímulo que les brindará protección y confianza.

Los niños pequeños a menudo sienten impotencia y temor ante un desastre, especialmente si han sido separados de sus padres. A causa de la edad y el tamaño, son incapaces de protegerse a sí mismos o a otros, como resultado, pueden sentir considerable ansiedad e inseguridad.

Pierden de vista la percepción del mundo como un lugar que brinde seguridad y protección, se generan temores y miedos de que el suceso vuelva a ocurrir y esto

resulte en la lesión o pérdida de alguno de los miembros de su familia, lo cual les genera temor de ser abandonados.

Los preescolares generalmente carecen de habilidades verbales y conceptuales necesarias para entender y enfrentarse efectivamente a situaciones inesperadas y repentinas. Consideran a sus padres y hermanos mayores como modelos de conducta, así como para el consuelo y la estabilidad. Investigaciones han demostrado que las reacciones de estos niños están más relacionadas con la forma cómo su familia o cuidadores se enfrentan a las situaciones difíciles, que por las características objetivas del desastre mismo. (Green et al., 1991, citado en SAMHSA, 2000)

Los niños que han perdido uno o ambos padres, se encuentran muy necesitados de protección y afecto. La pérdida de un pariente, un compañero, o un animal favorito, son también acontecimientos perturbadores para ellos. Necesitarán momentos para expresar su pena.

Uno de los temores mayores es el abandono, así que necesitarán experimentar la tranquilidad de que se encuentran en condiciones de amparo y seguridad. Expresarán su inconformidad a través de conductas regresivas, tales como chuparse el pulgar, mojar la cama, apego excesivo a sus padres, temor de la oscuridad o a dormir solos. A menudo padecen alteraciones del sueño o tienen sueños perturbadores. Estos problemas se entienden mejor como expresiones normales de ansiedad acerca de la interrupción de sus rutinas familiares y de sus mundos previamente seguros.

En el curso natural de los eventos, los niños pequeños tratan de resolver las experiencias traumáticas reviviéndolos en sus juegos. Ellos pueden volver a representar el terremoto, la inundación o el tornado en repetidas ocasiones. Los niños deben ser alentados a expresar con palabras sus inquietudes, sentimientos y las dudas acerca del desastre, de modo que los adultos puedan escucharlos y explicarles lo sucedido. El alivio de los temores por el desastre y ansiedad, se alcanza al restablecer el sentido de seguridad en el niño. Brindar apoyo verbal frecuente, mayor atención, apoyo adecuado a la hora de acostarse y a la hora de comer son útiles. Los niños y jóvenes, como sea posible, deben permanecer en compañía de personas con quienes ellos sientan familiaridad.

Tanto para los niños preescolares como escolares, su edad y desarrollo determinan la capacidad cognitiva para entender qué está ocurriendo alrededor de ellos y regular sus reacciones emocionales. Tienden a ser más vulnerables a la dificultad, cuando han estado expuestos a otras situaciones estresantes de la vida en años anteriores al desastre, tales como divorcios, mudanzas, o la muerte de algún familiar o mascota. (Vogel & Vernberg, 1993, citado en SAMHSA, 2000).

A continuación, un resumen de los síntomas más comunes que se presentan después del desastre, a nivel físico, conductual y emocional:

- Comportamientos regresivos como mojar la cama y chupar el dedo
- Apego exagerado a los padres
- Temor a la oscuridad
- Evitar dormir solo
- Llanto aumentado
- Pérdida del apetito
- Dolores de Estómago
- Náuseas
- Problemas del sueño
- Pesadillas
- Dificultades en la comunicación
- Tics
- Temor
- Ansiedad
- Arranques de ira
- Irritabilidad
- Tristeza

5.1.2. Niñez (6 a 11 años)

Los niños en edad escolar están desarrollando la capacidad cognitiva para entender los peligros inherentes en los desastres, hacia la familia y el ambiente. En

comparación con la etapa anterior, son capaces de comprender lo relacionado con los desastres y de cómo prepararse para ejercer el rol de la mitigación. Este conocimiento puede contribuir también a la preocupación por el clima, los desastres, y por la posibilidad de lesiones o muerte de algún miembro de la familia. Muestran gran necesidad por interpretar lo que ha sucedido y por conocer los pasos concretos que deben tener en cuenta para la protección y preparación en el futuro.

A menudo tienen especial aprecio por compañeros o animales favoritos. Cuando ocurre la pérdida de alguien significativo, debido a la muerte o a la reubicación, pueden deprimirse profundamente. Experimentan al máximo las emociones humanas, pero no consiguen tener las palabras, ni medios para expresar su experiencia interna. Los adultos pueden ayudarlos a expresar las emociones a través del juego, el arte, y actividades de preparación.

Los niños en edad escolar también manifiestan sus ansiedades a través de comportamientos regresivos. Volver a una conducta correspondiente a una edad inferior para tratar a sus padres, conlleva un propósito funcional para el niño. Estas conductas incluyen: irritabilidad, gimeos, lucha contra amigos y/o hermanos, competir con hermanos más jóvenes por la atención de alguno de los padres, o negarse a ir a la escuela. Los problemas que se presentan a la hora de acostarse o dormir, surgen por la existencia de pesadillas y terrores al dormir solos o en la oscuridad.

Algunos pueden detallar los aspectos relevantes del desastre y expresar con mayor claridad sus sentimientos frente a la experiencia traumática, mientras que otros pueden hablar de lo ocurrido constantemente, siendo éste un síntoma que interfiere en sus actividades diarias.

A veces la conducta de los niños puede ser de “súper niño” en casa, pero en realidad es una alteración encubierta, ya que tienen miedo de sobrecargar aún más a sus padres, o causar molestia en la familia, mientras que reflejan conflicto por el desastre a través de problemas en la escuela, tales como: falta de concentración, disminución en el desempeño académico, agresión hacia compañeros de clase y apatía con respecto a las interacciones sociales.

A continuación una lista de las reacciones más comunes en esta etapa, a nivel físico, comportamental y psicológico:

- Disminución en el desempeño de la escuela
- Conducta agresiva en casa o la escuela
- Conducta hiperactiva o tonta
- Gimoteos, aferramiento a los padres, conductas infantiles o regresivas
- Competencia con hermanos más jóvenes por la atención de los padres
- Cambios en el apetito
- Dolores de cabeza
- Dolores estomacales
- Alteraciones en el sueño, pesadillas
- Desinterés por asistir a la escuela
- Abandono de los amigos, actividades familiares
- Arranques de ira
- Preocupación obsesiva con el desastre, sobre todo por la seguridad

5.1.3. Pre-adolescentes y adolescentes (12 – 18 años)

Este grupo etáreo tiene una gran necesidad de demostrarle competencia al mundo que le rodea, en especial a su familia y amigos. Luchan contra sus conflictos, con el objetivo de alcanzar independencia de los padres por una parte, y el deseo por mantener la dependencia característica de la niñez, en el otro. La aprobación y la aceptación de amigos son de importancia suprema. Los adolescentes necesitan sentir que sus ansiedades y temores son apropiados y compartidos por sus iguales.

El estrés que causa el desastre se puede interiorizar y puede ser expresado a través de síntomas psicosomáticos tales como malestares gastrointestinales, dolores de cabeza, problemas en la piel, o padecimientos no definidos y otros dolores. Alteraciones del sueño tales como el insomnio, terrores de la noche, o dormir excesivamente, pueden indicar problemas a nivel interno. Los adolescentes pueden iniciar su consumo de alcohol o drogas para enfrentar su ansiedad ante las pérdidas.

Estas experiencias pueden motivar los temores relacionados con las pérdidas de sus seres queridos y el temor de que sus cuerpos se vean afectados. La relación social se ve afectada, cuando por necesidad de permanecer en áreas de refugio o albergues, se ven limitados de la participación en actividades escolares, situación que le permite establecer contacto con iguales. Sus reacciones a esta edad son muy parecidas a las de los adultos, aunque algunos pueden reflejar comportamientos infantiles

También se presentan problemas sociales o escolares. Comportamientos acting-out o conductas rebeldes, pueden conllevar a peleas contra otros, robar, o luchar por el poder con sus padres. Otros adolescentes pueden expresar su malestar a través de la separación de amigos y familia, o la evitación de actividades que disfrutaban anterior a la experiencia traumática. El desempeño de la escuela puede disminuir.

Seguidamente una lista de las reacciones físicas, comportamentales y psicológicas correspondientes a esta etapa, después del desastre:

- Disminución en el desempeño académico
- Rebelión en casa o la escuela
- Disminución en la conducta responsable
- Agitación o la disminución en el nivel de energía, apatía
- Aparición de conducta delictivas
- Abandono de las actividades sociales
- Cambios en el apetito
- Dolores de cabeza
- Problemas gastrointestinales
- Erupciones en la piel
- Quejas de dolores y dolores ambiguos
- Alteraciones en el sueño
- Pérdida del interés por los pasatiempos, la recreación
- Tristeza o depresión
- Resistencia a la autoridad
- Sentimientos de incompetencia y desamparo

5.1.4. Adultos

Los adultos están comprometidos con la familia, casa, trabajo, y seguridad financiera. Muchos están involucrados en el cuidado de sus padres de edad avanzada también.

Antes del desastre se mantiene un balance entre las demandas existentes; mientras que después del desastre, este equilibrio se pierde con el incremento de las demandas de tiempo y dinero, así como las físicas y emocionales, las cuales son exigidas por la recuperación. De igual forma, los niños también necesitan cuidados, lo que los padres no pueden satisfacer, ya que no poseen suficientes horas del día para lograr todo lo que requiere su atención.

Con el tiempo, esta sobrecarga emocional puede manifestarse con síntomas tales como dolores de cabeza, incremento de la presión sanguínea, úlceras, problemas gastrointestinales y trastornos del sueño. Las reacciones somáticas son especialmente manifiestas en aquellas personas que son menos capaces para experimentar y expresar sus emociones directamente. Factores culturales, de género o psicológicos, pueden interferir con las expresiones emocionales y búsqueda de apoyo social y psicológico.

Las reacciones emocionales a menudo oscilan entre entumecimiento emocional y expresión intensa. La ansiedad y depresión son comunes, y los adultos se encuentran en una lucha constante con ambas: la ansiedad con respecto a las amenazas del futuro; y tristeza o depresión, por las pérdidas materiales (casa, estilo de vida, comunidad) o de seres humanos. Son abundantes los sentimientos de ira y frustración.

Después del desastre las reacciones más comunes a nivel físico, comportamental y psicológico:

- Alteraciones en el Sueño
- Evitar recuerdos
- Nivel excesivo de actividad
- Labilidad afectiva
- Incremento de los conflictos familiares
- Hipervigilancia
- Aislamiento, desinterés por las actividades frecuentadas anterior al desastre

- Fatiga, agotamiento
- Malestares gastrointestinales
- Cambios en el apetito
- Quejas somáticas
- Empeoramiento de las condiciones crónicas
- Depresión, tristeza
- Irritabilidad, ira
- Ansiedad
- Temor
- Desesperación y desesperanza
- Culpa, autodesconfianza
- Oscilaciones en el humor

5.1.5. Adultos mayores

En el curso normal de la vida, los adultos mayores han enfrentado numerosas pérdidas antes del desastre, siendo algunas desde seres queridos, empleo, casa, hasta capacidades físicas, frente a las cuales han mostrado una adaptación exitosa. Para muchos, el encararse con éstas pérdidas previas les permitió reforzar la capacidad para resistir situaciones adversas (resiliencia); mientras que en otros, estas mismas han agotado las reservas internas y el desastre se constituye en un duro golpe o en una situación difícil de superar (Norris et al , 1994, citado en SAMHSA, 2,000).

Presentan reacciones inconsistentes. Tienden a la depresión y a distintas formas de angustias, lo cual puede estar relacionado con la incapacidad para responder con la misma habilidad que lo harían las personas más jóvenes. Suelen ser victimizados, siendo sus necesidades desatendidas frente a la situación de estrés que genera un desastre. Lo más probable, que también presenten una discapacidad, pudiendo disminuir la posibilidad de enfrentar con eficacia un evento adverso.

Como resultado del desastre, también se pierden posesiones de mucho significado emocional tales como fotografías, que se constituyen en recuerdos pasados por generaciones y que son irremplazables. Otras pérdidas significativas suelen ser las de

animales favoritos o de jardines trabajados durante años. Los trabajadores de salud mental deben reconocer el significado especial de estas pérdidas.

Aquellos cuyos ingresos económicos son limitados, tienden a habitar en viviendas que son susceptibles a los peligros causados por los desastres, sea por la ubicación o por la antigüedad de los edificios. A causa de la edad y limitaciones financieras, les resulta imposible ejecutar las reparaciones de sus hogares. La partida de familiares cercanos es especialmente difícil para los que presentan problemas de visión, sordera, memoria, sobre todo, ya que para continuar viviendo independientemente requieren de indicadores ambientales conocidos

Muchos adultos mayores temen que sus habilidades disminuidas a niveles físicos o cognoscitivos se descubran, ya que estarían en riesgo de perder su independencia o a ser candidatos de instituciones para ancianos. Como resultado, brindan información que no se ajusta a la realidad de sus problemas y necesidades

Los trabajadores de salud mental deben valorar con cuidado la gama y la extensión completa de problemas que viven los sobrevivientes de más edad. A menudo, la ayuda práctica y concreta en cuanto a la recuperación, estabilización, y compromiso con recursos apropiados, le permiten al adulto mayor continuar viviendo independientemente.

Una proporción mayor de personas en esta edad, en comparación con los grupos más jóvenes, padecen enfermedades crónicas que pueden deteriorarse frente a una situación de desastre, especialmente cuando la recuperación requiere de muchos meses. Algunos probablemente, tomarán medicamentos que necesitarán ser reemplazados rápidamente después del evento traumático.

Mientras que están en necesidad de múltiples servicios para lograr la recuperación, también pueden mostrarse renuentes a aceptar cualquier ayuda brindada. Los programas de salud mental en desastres, obtienen la aceptación esperada de este grupo etéreo, cuando trabajan con organizaciones conocidas, confiables, y que posean credibilidad ante la comunidad.

Las reacciones más comunes a nivel físico, comportamental y psicológico, detalladas en una lista, a continuación:

- Retiro y aislamiento
- Desgano para salir de la casa
- Movilidad limitada
- Dificultades en la adaptación con respecto a la recolocación
- Empeoramiento de las enfermedades crónicas
- Alteraciones del sueño
- Problemas de la memoria
- Síntomas somáticos
- Susceptibilidad a la hipo e hipertermia
- Limitaciones físicas y sensoriales (la vista, oído) interfieren con la recuperación
- Depresión
- Desesperación con respecto a las pérdidas
- Apatía
- Confusión, desorientación
- Susplicacia
- Sobresalto, ira
- Temores por institucionalización
- Ansiedad por lo desconocido

5.1.6. Grupos culturales.

Los programas de salud mental en desastres, deben responder específica y de manera sensible, a los diferentes grupos culturales perjudicados por un desastre. En muchas situaciones de emergencia, los grupos minoritarios raciales y étnicos, suelen ser afectados notablemente, ya que las condiciones socioeconómicas los obligan a vivir en comunidad, colocándolos en situaciones de vulnerabilidad.

Las barreras del idioma, desconfianza en los programas gubernamentales debidos a experiencias anteriores, el rechazo a la intervención exterior para recibir ayuda, y los valores culturales diferentes, a menudo contribuyen para que las dificultades ocasionadas por el desastre, no logren ser superadas a través de la aceptación de los programas de apoyo.

Las comunidades satisfechas con su independencia, son reacias a buscar o aceptar ayuda, especialmente si se refieren a trabajadores de salud de mental.

5.1.7. Grupos socioeconómicos.

La mayoría de las personas que se encuentran en un nivel económico medio alto o alto, poseen un elevado sentido de seguridad y se perciben a sí mismos como inmunes a la devastación y a las tragedias que provocan los desastres. Debido a su condición financiera, pudieron haber sido protegidos de crisis en el pasado y tienen la capacidad para garantizar su seguridad en el futuro

Familias de ingresos elevados no reciben ayuda de agencias sociales. Aceptar ropa y otros enseres puede resultarles difícil y vergonzoso. A pesar de que estén requiriendo asistencia inicial, sus recursos económicos les permiten solucionar más rápidamente el impacto del desastre.

Las familias opulentas confían en profesionales conocidos, tales como médicos de la familia, el ministro o sus psicoterapeutas. Los Programas de Salud Mental en Desastres enfocan sus entrenamientos en profesionales locales de asistencia médica y líderes religiosos sobre el estrés que causa el desastre, ya que es probable que atiendan sobrevivientes de clase social alta con necesidades que deban ser contempladas. *Asuntos Psicosociales para Niños y Familias en Desastre: Una Guía para el Médico de Atención Primaria* (CMHS, 1995, citado en SAMHSA, 2000), es un recurso informativo para el entrenamiento. Programas orientados hacia la recuperación, también deben ser coordinados por consejeros de Salud Mental en Desastres y Grupos de Apoyo a través de entidades confiables y conocidas.

Por el contrario, los sobrevivientes de bajos ingresos poseen menos recursos y se encuentran en condiciones de vulnerabilidad mayores cuando ocurren las tragedias. A pesar de que pudieron desarrollar más habilidades de supervivencia ante las crisis, en comparación a los grupos de clases opulentas, a menudo carecen de la disponibilidad de apoyos en cuanto a alojamiento por parte de familiares y amigos, tampoco poseen seguros de vida y cuentas de ahorro, lo cual dificulta la superación de su dificultad.

Esto último resulta en un proceso de recuperación arduo y prolongado, y en algunas ocasiones imposible.

Los Programas de Ayuda de Asistencia en Desastres, sean federales o estatales, están diseñados para encontrar soluciones rápidas a las necesidades urgentes de los sobrevivientes en estas condiciones. La intención de estos programas no es de reemplazar todas las pérdidas materiales que hayan sufrido las víctimas; en ese caso, son referidos a organizaciones no lucrativas, quienes brindarían el apoyo que requiere su urgencia. En el caso de no poseer alojamiento, pueden ser ubicados en refugios temporales, lo cual puede resultar desagradable, además de que son alejados de sus contactos sociales.

Todo lo mencionado anteriormente produce una serie de efectos psicológicos en los sobrevivientes de bajos ingresos, en el que sobresalen el sentirse sobrecargados y agobiados frente a los múltiples desafíos en los que se encuentran, contando a su vez con limitados recursos para resolverlos. El no poseer ciertas habilidades como leer, escribir, o comunicarse adecuadamente, les obstaculiza la realización de trámites de documentación, requeridos para ser asistidos en cuanto a los aspectos materiales.

5.1.8. Discapacitados.

Debido a la condición de cuidado o asistencia especial que requieren, se constituyen en un grupo vulnerable a la marginalización, aislamiento y victimización secundaria. El desastre se constituye en un impedimento para que la atención que merece su condición sea abandonada, puesto que estaban sujetos a un patrón de cuidados para el logro de un nivel de funcionamiento adecuado, y muchos de los suministros farmacológicos o de aparatos de asistencia, como sillas de ruedas y andaderas, entre otros, puede que no se encuentren al alcance. Carecen de recursos internos para enfrentar las emergencias y sobre todo aquellos que requieren ajuste o adaptación a situaciones nuevas.

5.1.9. Personal de respuesta.

El equipo de respuesta está constituido por el grupo de rescatistas y trabajadores de salud mental en desastres, quienes de manera directa o indirecta tienen contacto con el desastre, con sus consecuencias y víctimas.

Un estudio realizado con un equipo de psicólogos que intervinieron con los familiares y víctimas de la inundación en el Camping “Las Nieves” en Huesca, España, en agosto de 1996 (Rodríguez y Cubano, 2003), obtuvieron los siguientes resultados.

Trastornos psicosomáticos:

- Pérdida de apetito
- Aparición de herpes
- Diarreas

Trastornos cognitivos:

- Hipervigilancia
- Pensamientos intrusivos
- Imágenes recurrentes

Trastornos afectivos

- Insomnio (precoz y tardío)
- Miedo y evitación fóbica
- Irritabilidad y susceptibilidad

El insomnio, la irritabilidad y/o la susceptibilidad, fueron notables 48 horas después, los pensamientos y las imágenes recurrentes, aparecían en ocasiones asociados a estímulos relacionados en mayor o menor medida con el suceso, pero otras muchas veces sin que existiesen estímulos desencadenantes externos.

Los síntomas empezaron a interferir en las actividades realizadas, observándose desinterés en ejecutarlas y la actividad física se tornaba agotadora, por mínima que fuera. La diarrea pudo colocar en peligro la vida de algunos de los participantes, de haberse cronificado.

Fue necesaria la intervención terapéutica en varios psicólogos, debido a la dificultad para superar el trauma originado por la participación en el programa de atención a víctimas.

Kuper en 1999 (citado en Rodríguez y Cubano, 2,003), realizó un estudio con una población de 300 técnicos, uno de los estudios con mayor número de profesionales, obteniendo resultados similares

Trastornos a los 2 o 3 días:

- Insomnio
- Ansiedad Generalizada
- Inhibición

Perduran a los 2 ó 3 años en el 56% de los sujetos:

- Ansiedad Generalizada
- Trastornos psicosomáticos
- Distimias y depresión
- Fobias
- Cambios de Personalidad
- Drogadicción y Alcoholismo

Otro estudio acerca de los efectos sobre los profesionales, fue el realizado por Manuel Trujillo, en el 2002 (citado en Rodríguez y Cubano, 2,003), sobre los efectos en los profesionales que intervinieron en el atentado de las Torres Gemelas, los datos aportados son impresionantes:

- Después de un año del atentando, 415 Bomberos continuaban de baja, sobre un total de 600 (según los datos), que intervinieron en tareas de rescate
- 2,000 Bomberos solicitaron tratamiento psicológico en ese año, frente a los 600 que suele ser lo habitual.
- El 25% de los rescatistas presentaron trastorno psicológico a las 24 horas, requiriendo atención terapéutica

Ante los datos presentados, las investigaciones realizadas sugieren que los profesionales afectados con trastornos psicopatológicos constituyen el 60%, situación alarmante, puesto que las afecciones han sido trastornos crónicos, ya que perduran más allá de los seis meses.

De acuerdo al National Center for Posttraumatic Stress Disorder, la probabilidad de remisión de los siguientes síntomas asociados al estrés, entre personal de rescate, es de uno por cada tres (Jarero, 1998):

- Disociación: Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo. Dificultad para recordar aspectos importantes del trauma.
- Reexperimentación del acontecimiento traumático: recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, flashbacks (revivir el acontecimiento).
- Intento de evitar estímulos asociados al traumatismo: Esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, situaciones, lugares o personas que recuerden el acontecimiento.
- Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior: Incapacidad de sentir emociones, especialmente las relacionadas con la intimidad, ternura y sexualidad.
- Sensación de alejamiento de los demás.
- Aumento de la activación: Hipervigilancia, irritabilidad o ataques de ira y dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Ansiedad significativa, que puede acompañarse de preocupación paralizante, impotencia extrema, obsesiones y/o compulsiones.
- Depresión marcada: Baja autoestima, pérdida de la esperanza, motivaciones o de propósitos en la vida.

3. INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES

6.1. Crisis.

6.1.1. Concepto.

Slaikau (1997) sugiere la siguiente definición:

“Un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”

Taplin (1971, citado en Plaza, 2003), subrayó el componente cognoscitivo de la crisis, como una transgresión de la experiencia traumática, hacia las expectativas que el individuo posee de su vida, o como una incapacidad del mismo para enfrentar situaciones novedosas y dramáticas.

“Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento”.

No todas las crisis son promovidas por experiencias desagradables, como la pérdida de un ser querido, un desastre natural o un atentado terrorista; sino también aquellas que consideramos placenteras, también pueden generar crisis (el nacimiento de un hijo, un matrimonio, etc), por no encontrarse el individuo preparado para enfrentar los cambios que implica esta situación novedosa. Por otro lado, algunas de ellas suelen constituirse en un estímulo para el desarrollo personal del que la experimenta. (ACISAM, 2001)

6.2. Tipos de crisis.

6.2.1. Crisis del desarrollo. Son las crisis relacionadas con la transición de una etapa evolutiva a otra. Ej. niñez a adolescencia, adulto a etapa de vejez. Debido a que cada fase demanda ciertas tareas del crecimiento, suelen ocurrir

interrupciones u obstrucciones que provoquen una crisis, pero el enfrentarlas ocasiona un ajuste favorable para resolver las próximas dificultades. Por el contrario, también pueden existir limitaciones para afrontar ciertas tareas, lo cual retrasaría la resolución de la crisis.

6.2.2. Crisis circunstanciales. Son crisis accidentales e inesperadas, generadas en su mayoría por un factor ambiental. Ej. desastres naturales, víctimas de crímenes violentos, divorcio y otros

Las crisis circunstanciales presentan las siguientes características:

- Presencia de un suceso precipitante (un suceso que causa la crisis).
- Se considera como una situación imprevista. Es de calidad urgente.
- Existe una pérdida del equilibrio emocional.
- Causa sufrimiento (dolor, tristeza, terror, inseguridad, enojo, rabia, impotencia)
- Genera cambios la persona al enfrentarse al peligro puede desencadenar alguna enfermedad, pero también puede considerarlo como una oportunidad para reorganizar la forma de ver la vida
- Es temporal. el equilibrio es alcanzado posteriormente.

6.3. Intervención en crisis en situaciones de desastres.

Un desastre natural provoca una crisis porque causa una alteración inesperada y significativa en la vida de las personas, provocando sentimientos de desprotección, sufrimiento y una transformación imprevista de los patrones cotidianos.

Ante situaciones de emergencia se hace necesaria una intervención inmediata que favorezca el enfrentamiento a la situación de crisis y disminuya la probabilidad de que se produzca un daño o deterioro emocional severo posterior.

Entender con claridad el concepto de la crisis, permitirá establecer los objetivos de una intervención efectiva. La intervención en crisis es el nombre que comúnmente se ofrece al proceso que se lleva a cabo después que una persona ha experimentado una situación traumática, pero antes de que ella haya encontrado las respuestas para

integrar esa experiencia a la totalidad de su vida y realizado los cambios necesarios que le permitan un estilo de vida saludable y positivo. A diferencia de algunas tradiciones de pensamiento que conciben las crisis como experiencias negativas, los momentos de emergencia constituyen el potencial para que una persona pueda reflexionar e iniciar el camino hacia el cambio (Claramunt, 1999)

6.3.1. Objetivos.

La Organización Panamericana de la Salud, (2002), sugiere los siguientes objetivos en cuanto a intervención en crisis durante situaciones de desastres:

- Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
- Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
- Evitar complicaciones adicionales.
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones, tan rápido como sea posible.
- Prevenir o mitigar el impacto del estrés postraumático.
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo, si fuera necesario.

6.3.2. Modalidades de la intervención en crisis.

La intervención en crisis se divide en dos modelos de intervención, que varían de acuerdo al tiempo, objetivos, procedimientos, lugares y responsables de la atención. Estas son: intervención de primera y segunda instancia.

6.3.2.1. Primeros auxilios emocionales. Corresponde a la intervención de primera instancia. Pretenden de manera primordial e inmediata, proporcionar apoyo, restaurar la adaptación psicosocial, reducir el riesgo de muerte y vincular a las víctimas con los recursos de ayuda existentes. Colaboran en esta labor personal no especializado, en el momento y lugar

en que acontece, ya que generalmente son quienes adviertan primero la necesidad. Entre estos podemos mencionar: líderes comunitarios, maestros, clérigos, rescatistas, entre otros. Se basa en cinco componentes fundamentales (Slaikau, 1997):

- *Realización del contacto psicológico.* Basados en el concepto de empatía, se refiere a escuchar de igual forma tanto los hechos, como los sentimientos acerca de la experiencia vivida, con la expresión de lineamientos reflexivos, para que el individuo sepa que comprendemos su situación. La comunicación también debe ser no verbal, a través del contacto físico, como por ejemplo, tocar o abrazar a una persona, que en algunos casos puede representar un efecto calmante; sin embargo, se debe discriminar cuando este contacto es inadecuado y puede disminuir la interacción terapéutica. Hacer que la víctima se sienta escuchada, aceptada, comprendida y apoyada, de tal forma que disminuya la intensidad de las emociones experimentadas, se constituye en uno de los objetivos de este componente; así como lo son reducir el dolor que produce estar solo durante una crisis, reconocer y legitimar los sentimientos de ira, dolor, desesperanza, temor, para reorientar esta energía en acciones que se describirán en los componentes siguientes.
- *Examen de las dimensiones del problema.* El objetivo primordial de este componente es establecer un orden jerárquico de las necesidades de la víctima. los conflictos que requieren una intervención inmediata y los que pueden ser postergados. Consiste en una evaluación del problema, que explora tres áreas: el pasado inmediato (situaciones precipitantes del estado de la crisis), el presente (el quién, qué, cómo, cuándo, recursos personales y sociales, examen de las debilidades/ fortalezas de la persona) y el futuro inmediato (dificultades futuras, decisiones inminentes).
- *Análisis de las posibles soluciones.* Se refiere a la identificación de posibles soluciones a las necesidades primordiales del afectado, otorgando prioridad a las inmediatas y postergando aquellas de menor urgencia. Se

dirige al sujeto hacia la generación de alternativas sobre pautas de actuación frente al problema. Esto se logra a través del estímulo que brinde el asistente en desastres, quien a la vez de invitarlo a ejecutar un análisis de las soluciones, haciendo preguntas acerca de cómo ha resuelto situaciones anteriores y añadiendo otras posibilidades a las ya mencionadas por la víctima.

- *Ejecución de la acción concreta.* Este componente consiste en la ejecución inmediata de la solución establecida por la persona. Es necesario distinguir en este paso, cuál será la actitud que debe asumir el asistente, ya sea facilitadora o directiva, lo cual debe ser determinado de acuerdo a la condición en que se encuentra el sujeto en el momento de la acción. Si se encuentra emocionalmente perturbado, o sus capacidades muestran un deterioro que limita una actuación efectiva, entonces, se adopta un rol activo, es decir, directivo. Por el contrario, si no existe peligro hacia sí mismo o hacia otros, y cuando todavía es capaz de realizar acciones que le permitan el desempeño de funciones que garanticen su seguridad, como por ejemplo, contactar a sus familiares, conducir un auto, mantenerse durante un fin de semana, la actitud del asistente es facilitadora.
- *Seguimiento.* El objetivo de este componente consiste en determinar si las metas de los primeros auxilios fueron alcanzadas, además de completar el circuito de retroalimentación. Es necesario en este paso, que se defina el procedimiento para la comprobación del progreso de las personas atendidas, por medio de un contacto posterior, el cual debe ser efectuado personal o telefónicamente. También se debe verificar si la solución seleccionada resultó efectiva para la necesidad inmediata, en caso de haber sido inapropiada, se regresa al paso para analizar las dimensiones del problema.

La Unidad Isis del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla (Rodríguez y Cubano, 2003), sugiere un modelo de Psicoterapia Breve de Contención en la fase de emergencia, encaminado a disminuir la ansiedad

y síntomas que padecen las víctimas en la fase de emergencia y la búsqueda de un equilibrio perdido a causa del suceso traumático, evitando el desarrollo de una patología posterior. Contiene los siguientes elementos:

- *Catarsis* La descarga afectiva permite que el sujeto libre todos los sentimientos evocados por el hecho negativo, lo cual evita la negación y represión de las emociones sentidas. Consiste en que la víctima narre con detalles y reviva el suceso acaecido, a la vez que pueda identificar los sentimientos antes de expresarlos. La catarsis contiene componentes verbales (hablar, gritar) y no verbales (llorar, golpear un objeto).
- *Contacto físico y apoyo afectivo.* El contacto verbal se realiza a través del escuchar empáticamente, los contenidos y sentimientos expresados por las personas, con intervenciones que garanticen a las mismas, que están siendo escuchadas, comprendidas y correspondidas. A nivel no verbal se muestra cercanía, y contacto físico (abrazar, tomar de la mano) con un tono de voz adecuado.
- *Exploración de miedos y fantasías.* Es necesario explorar los miedos e ideas irracionales, creencias y fantasías con respecto al futuro, para ayudar a los sujetos a reconocer cómo estos interfieren en la comprensión y significado que atribuyen al acontecimiento, cómo estos son responsables de los malestares psicológicos que experimentan.
- *Acción* La asignación de tareas y la integración en las actividades de asistencia y apoyo a los afectados, como por ejemplo, distribución de alimentos, enseres, cobijas, entre otros, permiten que el individuo se sienta útil y evite especulaciones sobre el hecho ocurrido. También existe una descarga a través de la vía motora cuando se encuentra en movimiento.

6.3.2.2. Terapia de crisis. Se refiere a la intervención de segunda instancia. Es la atención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas. Es un proceso terapéutico breve, orientado hacia la resolución de la crisis, de tal forma que la crisis se integre al patrón

cotidiano de la persona afectada. A diferencia de la atención anterior, esta puede durar de semanas a meses, solamente puede ser ofrecida en espacios físicos similares a los que se utilizan para brindar atención terapéutica y el personal debe ser especializado y entrenado en salud mental en desastres. El procedimiento se basa en la terapia multimodal para crisis (Lazarus, 1981, citado por Slaikou, 1997), la cual enfatiza la resolución de la crisis a través de las siguientes tareas:

- *Supervivencia física en las secuelas de la crisis.* La primera tarea consiste en garantizar la vida del sujeto, por lo que se debe contemplar posibles tendencias suicidas para determinar las medidas preventivas adecuadas. También se debe evaluar las condiciones de salud física hábitos, para detectar posible desorganización en el comer y dormir.
- *Expresión de los sentimientos relacionados con la crisis.* Consiste en la identificación y expresión de los sentimientos con respecto al suceso traumático y lo que estos representan para el paciente.
- *Dominio cognoscitivo de la experiencia completa.* Desarrolla la comprensión realista acerca del evento crítico, entre este y sus creencias, expectativas, y cómo adaptar/transformar estas creencias, autoimagen y planes futuros a la luz del incidente de crisis.
- *Los ajustes conductuales/interpersonales que se requieren para la vida futura.* Este paso consigue la modificación de los patrones cotidianos de trabajo, desempeño de un rol y relaciones con las personas, a la luz de la situación crítica.

6.3.3. Opciones de intervención y pautas de actuación de acuerdo a los grupos de población.

A continuación se presenta un listado de acciones a seguir de acuerdo al grupo de población atendido durante la fase de emergencia (SAMHSA, 2000), las cuales pueden favorecer el logro de un adecuado proceso de recuperación:

6.3.3.1. Preescolares (1 – 5).

- Brindar apoyo verbal y comodidad física.
- Promover tiempo para que duerman con comodidad.
- Evitar separaciones innecesarias.
- Permitir al niño dormir en el cuarto de los padres temporalmente.
- Anime la expresión con respecto a las pérdidas (p ej. muertes, mascotas, juguetes).
- Estimular la expresión de lo relacionado con la exposición al trauma, a través de las actividades lúdicas.

6.3.3.2. Infantes y escolares (6 – 11).

- Brindar atención y consideración adicional.
- Disminuir las expectativas de funcionamiento en el hogar y la escuela.
- Determine los límites con suavidad, pero firmemente en cuanto a los comportamientos indeseables.
- Provea actividades estructuradas, pero no exigentes, que estimulen la recuperación.
- Animar a la expresión verbal y lúdica de pensamientos y sentimientos.
- Escuche los repetidos relatos acerca de la experiencia traumática.
- Involucrar al niño en la preparación del botiquín familiar.
- Ensaye las medidas de seguridad para desastres futuros
- Los programas escolares deben desarrollar programas de apoyo, actividades de expresión, educación en desastres, planificación de la preparación e identificación de niños en riesgo.

6.3.3.3. Preadolescentes y Adolescentes (12-18 años).

- Animar la discusión sobre las experiencias con el desastre entre iguales y con figuras significativas del niño o adolescente
- Evitar la insistencia de discusiones de sentimientos con los padres.
- Estimular a la realización de actividades físicas.

- Ensayar las medidas de la seguridad de la familia para desastres futuros.
- Alentar a la reanudación de actividades sociales, el atletismo, los clubes, etc.
- Alentar la participación en la rehabilitación de la comunidad y en trabajos de remodelación.
- Desarrollar en la escuela programas de autoayuda entre iguales, planificación de entrenamiento, voluntariado en la comunidad e identificación de jóvenes en condiciones de riesgo.

6.3.3.4. Adultos.

- Proporcionar apoyo a través del escuchar atentamente y permitir que relate detalladamente las experiencias del suceso traumático.
- Atender con prioridad y apoyar en la resolución de problemas.
- Ofrecer asistencia al grupo familiar para facilitar la comunicación y funcionamiento efectivo.
- Evaluar y referir a la atención especializada cuando sea necesario
- Proveer información sobre cómo enfrentar los desastres y las reacciones de cada grupo etáreo, es especial, las de los niños.

6.3.3.5. Adultos Mayores.

- Proporcionar información de lugares de referencia para adultos mayores
- Proporcionar a nivel verbal, tranquilidad, persistencia y fortaleza
- Brindar orientación sobre cualquier información que requieran.
- Utilice métodos de evaluación para obtener información acerca de problemas (p. ej. cuestionarios de investigación geriátrica, conversaciones con la familia).
- Proporcione ayuda para la recuperación de sus posesiones
- Ayudar a lograr asistencia médica y financiera.
- Contribuir a reestablecer los contactos familiares y sociales.

- Alentar a la expresión de emociones y pérdidas provocadas por el desastre
- Hacer los contactos que sean necesarios con servicios de transporte, asistencia alimenticia, servicios de salud, entre otros.

6.3.3.6. Grupos culturales.

La información sobre el desastre y los procedimientos de aplicación, deben ser traducidos a la lengua materna de los grupos afectados y disponibles en formas no-escritas. De igual forma, la intervención a estos grupos debe considerar la integración de unidades bilingües, que puedan interactuar con las personas en su lenguaje de origen, lo cual facilitará la expresión de sus sentimientos y permitirá una atención efectiva. Siempre que sea posible, es preferible trabajar con traductores entrenados antes que con miembros de la familia.

6.3.3.7. Víctimas con trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales (OPS, 2002).

Trastornos depresivos y de ansiedad

- Manifestarle a las personas afectadas y a sus familiares, que la situación crítica que atraviesan es la responsable de sus síntomas y no la falta de voluntad para enfrentar los problemas. Se debe destacar la importancia de los recursos familiares y sociales.
- Facilitar la expresión de sus sentimientos, a la vez de garantizarle apoyo, confianza y seguridad.
- Identificar factores predisponentes que existían previos a la situación traumática.
- La intervención no debe iniciar con los temas lamentables, aunque tampoco impida que lo haga, si así la víctima lo desea
- Animarlo a que reestablezca su vida normal, integrando patrones efectivos utilizados en las etapas anteriores al desastre. Se debe integrar en

actividades productivas, que a su vez estimulen la confianza en sí mismo. Identificar y reforzar las actividades que ha podido realizar con éxito.

- Motivar el pensamiento positivo y actitudes optimistas.
- De existir síntomas físicos, descubrir el vínculo entre estos y su estado emocional. Evaluar si pudiera existir otra enfermedad relacionada.
- Búsqueda de alternativas para el enfrentamiento y/o solución de problemas, dada la situación que está atravesando.
- Postergar las decisiones cuando se está muy tenso o deprimido.
- Animar al paciente para que practique ejercicios físicos y de relajación.
- Evaluar la posibilidad del riesgo suicida, considerar las indicaciones sugeridas en estos casos.

Estrés agudo

- Proporcionarle información que le permita comprender la temporalidad de los síntomas y su causalidad traumática
- Proveerle espacios y tiempo para dedicarlo al reposo y descanso físico.

Conducta o Ideación Suicida

- Se debe evitar censurar y criticar su conducta; tampoco juzgarla de manera superficial o ligera
- Tratar de convencerlo para que posponga cualquier decisión importante y a la vez muestre disposición a recibir ayuda.
- Evaluar con la persona la situación ocurrida en su conjunto
- Evaluar el riesgo suicida futuro.
- Alertar a la familia para que lo mantenga bajo observación y cuidado.
- Tratar la depresión u otra patología concomitante.

Trastorno disociativo o de conversión

- Animar al paciente a que relacione las situaciones, pérdidas y dificultades recientes con sus síntomas.
- Promover la búsqueda de soluciones positivas para su situación, sin reforzar los síntomas existentes. Evitar que, como consecuencia del

episodio, obtenga ganancias secundarias y que aprenda a utilizar la crisis para escapar de los problemas.

- Recomendar un breve período de descanso.
- Evitar el uso de sedantes o somníferos, reservándolos para aquellos casos en que sean estrictamente necesarios.

Trastorno psicótico agudo

- Orientar a los familiares y amigos para que refuercen sus vínculos con la realidad.
- Satisfacer sus necesidades básicas. Procurar que duerma lo suficiente.
- Garantizar su seguridad e integridad y de quienes lo rodean.
- Reducir al mínimo la ansiedad, la inquietud y la excitación.
- No discutir sobre los contenidos irreales o inadecuados del pensamiento
- Evitar confrontaciones o críticas.

Ataques de pánico

- Aclararle al paciente que los síntomas están relacionados con la experiencia traumática, son temporales y puede ejercer control sobre los mismos
- Esforzarse por controlar la ansiedad; en la medida que la angustia disminuya, también lo harán los síntomas físicos.
- Debe estar acompañado durante el ataque de pánico
- Practicar la respiración lenta y prolongada.
- Ayudarle a cooperar y comprender que la situación obedece a un ataque de pánico transitorio producido por una situación adversa y que no posee ningún trastorno de tipo orgánico.

Es importante señalar que lo recomendado anteriormente puede ser efectivo en una primera actuación; sin embargo, estos trastornos requieren atención especializada y deben referirse a un servicio de salud mental.

CAPITULO DOS
EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
Y LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

1. EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

1.1. Perspectiva histórica de la evolución del concepto.

Registra la historia, que en el siglo VI A.C., ya existían evidencias de reacciones psicológicas ante situaciones traumáticas, por parte de los soldados que participaban en combate (Holmes, 1985, citado en Puchol, 2002). Otra evidencia es el papiro egipcio Kunyus, que data de 1900 años A.C., como el primer documento que indica sobre respuestas de seres humanos a situaciones traumáticas, como fueron en este caso, grandes inundaciones del Río Nilo a lo largo del Delta (Alarcón, 2002).

Otra demostración del efecto de los desastres en los individuos fue el gran incendio de Londres, según relata Luis De Nicolás (1997, citado en Valero, 2000), en el diario de Samuel Pepy del siglo XVII, donde apareció descrito lo que hoy conocemos como “flashbacks” en la sintomatología del Estrés-Trauma.

A mediados del siglo XIX investigadores de la escuela francesa descubrieron relación entre la histeria y los traumas psicológicos. Estudios realizados en 1959 por Briquet, evidenciaron la existencia de antecedentes traumáticos durante la infancia, en 381 de 501 pacientes que presentaban síntomas de histeria, incluyendo la somatización (Caicedo, 2002).

Oppenheim fue el primero en utilizar el término “neurosis traumática” en 1889, para señalar que los síntomas presentados por estos pacientes eran provocados por el Sistema Nervioso Central, donde se originaban sutiles cambios moleculares; posteriormente estos síntomas, por estar relacionados con el corazón, fueron considerados neurosis cardíacas (Caicedo, 2002)

Charcot y Janet, al describir la “histeria” y Freud, al estudiar las neurosis en las primeras décadas del siglo XX, tienen en común haber atribuido el origen “traumático” a los materiales elaborados; esto es, una adscripción patogénica a eventos significativos en la historia del paciente (Veith, 1965, citado en Alarcón, 2002).

También existen pruebas de investigaciones realizadas en 1909, por Edward Stierlin, quien trabajó con 21 sobrevivientes del accidente de una mina en 1906, y con 135 personas, dos meses después del terremoto de Italia en 1908 (Valero, 2000)

A principios de la Primera Guerra Mundial, se creía que los síntomas traumáticos eran de índole físico y consideraban que tenían relación con la explosión de las granadas. En 1915, Charles Myers utilizó el término “shell shock” y señaló que los síntomas presentados por los soldados correspondían a causas psicológicas parecidas a los de la histeria. La creencia más común en esa época era que la sintomatología presentada, resultaba de la cobardía y debilidad de los combatientes, es por eso que Yelland, en 1918, propuso el uso de amenazas, castigos y avergonzamientos como tratamiento de los que padecían las neurosis de guerra, incluyendo además el uso de electrochoques para tratar el mutismo y pérdida sensorial de algunos pacientes. Más de doscientos soldados de guerra fueron condenados a muerte por el delito de cobardía (Sassón, 2004, Caicedo, 2002).

Siendo la guerra uno de los eventos traumáticos más severos, se convirtió en el campo de investigación de las reacciones de los individuos frente a estos hechos. A través de los años, se asignaron términos diagnósticos a respuestas ante el estrés traumático, entre los que podemos mencionar: Neurosis de Guerra, Neurosis Traumática, Síndrome Post-Vietnam o Fatiga de Batalla (Meichenbaum, 1994, citado en Puchol, 2002).

Las víctimas del estrés producido por la participación en las guerras, fueron estudiadas por Kalinowski (EE.UU.) y Guillerpie (U.K.), durante y después de la Segunda Guerra Mundial. Se dedicaron a investigar los cuadros de desestructuración psicológica, causados por la exposición a las batallas y a las horas previas a estas, observando que se producían alteraciones que no correspondían a los cuadros clínicos explicados en esa época. Kalinowski determinó que un 49% aproximadamente, tenían relación con las bajas y con el desarrollo de problemas psiquiátricos; mientras que en los países mayormente afectados, en casos por los hechos de guerra, los problemas neuropsiquiátricos fueron menos evidentes (Sociedad Española de Psiquiatría, 1996).

En Inglaterra, Guillerpie observó que la población presentaba seria perturbación de la salud mental, ante los efectos de los bombarderos de la aviación. También notó diferencias entre los comportamientos de los niños evacuados, frente a los que

permanecían bajo el riesgo de los bombarderos, teniendo los primeros, mayores dificultades de conducta (Sociedad Española de Psiquiatría, 1996).

En Alemania, Bonhoeffer y cols (1925), consideraron la neurosis de guerra, producto de mecanismos psicológicos secundarios, relacionados con el deseo de escapar del peligro y la obtención de compensaciones, según ellos, similar a la generadora de neurosis en tiempos de paz. Observaron que estos trastornos neuropsiquiátricos, denominados neurosis de guerra, también se manifestaban con sintomatología conversiva (pérdida psicógena del habla, ceguera, parálisis) y de angustia y confusión. Estimaron importante destacar que durante la Primera Guerra Mundial, entre los soldados alemanes, las neurosis fueron frecuentes en Verdun, con la diferencia de que los prisioneros no evidenciaban este tipo de manifestaciones. Levin a su vez descubrió la incidencia alta de neurosis entre los ingleses combatientes en esa zona y la ausencia de síntomas entre los prisioneros alemanes. La experiencia general del ejército alemán, señala que los síntomas que solían manifestarse en los momentos de peligro, rara vez aparecían en el transcurso del combate y detectaron que la mayoría de casos detectados eran reacciones depresivas, con apatía y quejas psicosomáticas (Alarcón, 2002, Ibáñez, 2003).

Abraham Kardiner, durante la Segunda Guerra Mundial en 1941, escribió "*The Traumatic Neurosis of War*", donde detalló los síntomas asociados al estrés postraumático, incluyendo la amnesia. Junto con Herbert Spiegel, desarrollaron tratamientos para integrar las experiencias traumáticas. Kardiner y Spiegel en Estados Unidos, reprobaban la baja médica y la autorización de pensiones, recomendando que las neurosis fueran atendidas (Sociedad Española de Psiquiatría, 1996).

Es importante mencionar que durante la Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), no sólo se realizaron estudios con soldados expuestos a combates, sino también con poblaciones civiles sometidas a intensos bombardeos, en especial en Inglaterra; y en Japón, con los sobrevivientes del ataque nuclear a Hiroshima y Nagasaki (Valero, 2000).

En 1952, apareció la primera edición de la Clasificación de la Enfermedades Mentales (DSM I), época en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando

veteranos de la Segunda Guerra y de Corea. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico “reacción a gran estrés” (gross stress reaction), que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable (Cazabat, 2001).

En cuanto al estrés postraumático en niños y adolescentes, las primeras descripciones de las reacciones de estos frente a una situación traumática, eran consideradas tenues y momentáneas, siendo de poca atención para los especialistas. Inicialmente existía escepticismo con relación a que la población infantil pudiese presentar el diagnóstico TEPT; se postulaba que las respuestas emocionales de los niños estaban determinadas por las de sus padres (“madres nerviosas crían hijos nerviosos”) o muchas veces se subestimaba el impacto emocional en el menor, debido a su limitado desarrollo cognitivo o a malas interpretaciones por parte de los adultos (Valdivia, 2002).

David Levy demostró que los niños pueden sentir terror y ser vulnerables ante el trauma al igual que los adultos, sugiriendo una analogía entre los niños y adultos en la respuesta a un evento traumático (Levy, 1945, citado en Hermosilla & Montt, 2001). Es así como en 1956, Block, Silber y Perry, desarrollaron la primera escala para estudiar a niños traumatizados a través de una evaluación a los padres de estos niños (Block, Silber & Perry, 1956 citado en Hermosilla & Montt, 2001).

Friedman y Linn en 1957, descubren que durante el impacto del evento y posterior al mismo, las reacciones de las víctimas varían. En su trabajo con los sobrevivientes del barco hundido “Andrea Dorian”, Linn describe que al tratar con víctimas de sucesos traumáticos, se debe tener en cuenta la variabilidad de las respuestas a las fases de “Choque inicial” y “Recuperación” (Cazabat, 2001).

En la década del 60, Lifton realizó un estudio de los sobrevivientes de Hiroshima, entre los cuales, algunos eran niños al momento del estallido de la bomba atómica, encontrando síntomas como embotamiento psíquico, “sensación de insensibilidad emotiva” y culpa en los sobrevivientes (Lifton, 1967, citado en Hermosilla & Montt, 2001).

Nuevamente ocurre otra modificación en la clasificación correspondiente a los síntomas relacionados con situaciones traumáticas, y es en la segunda edición del

DSM, publicada en 1968, durante la guerra de Vietnam, que se reemplaza por el término “trastorno adaptativo de la vida adulta” (Cazabat, 2001).

Los estudios de mayor intensidad sobre las consecuencias psicosociales de los desastres naturales e industriales, fueron realizados en Europa por Bennet a inicios de 1970. Es frecuente en este período, la utilización del criterio diagnóstico de Estrés Postraumático como variable evaluable, tanto independiente como dependiente. También estudió las secuelas por pérdidas materiales y personales, debidas a las graves inundaciones ocurridas en Bristol, Gran Bretaña. Los resultados revelaron que aproximadamente el 33% de las víctimas manifestaron algún tipo de síntoma físico y psíquico (Valero, 2000).

Es en este período que adquiere auge la utilización del término Estrés Postraumático y se debe a los veteranos de guerra, quienes emprendieron la búsqueda de ayuda terapéutica fuera de los servicios estatales. Es así como se empieza a prestar real atención a las secuelas traumáticas de la guerra. Más adelante, los grupos feministas dirigen la atención hacia la violencia sexual y doméstica contra las mujeres y los niños (experiencia que estuvo encubierta por muchas décadas), a través de estudios que revelaron que una de cada cuatro mujeres había sido víctimas de violencia y una de cada tres, de violencia sexual. Finalmente quedó claro que las mujeres y niños violados, abusados y/o golpeados, sufrían del mismo trastorno que los veteranos de guerra (Cazabat, 2001).

El Holocausto Europeo también cobró especial atención en los investigadores, por la cronicidad de sus efectos. En la década del 70 se realizaron estudios importantes que focalizaron la atención en el niño traumatizado. Newman en 1972, a través de técnicas proyectivas, estudió a 11 niños que se salvaron del derrumbe de la represa Búfalo Creek, encontrando que presentaban alteración del sentido de la realidad, aumento de la vulnerabilidad al estrés, alteración del propio poder, sensaciones de fragmentación y muerte temprana (Newman, 1972, citado en Hermosilla & Montt, 2001)

Posteriormente, en 1976, Terr emprendió el primer estudio prospectivo en un grupo de niños con desorden de estrés post-traumático. Este estudio permitió delinear

los signos y síntomas del trauma infantil, los que agrupó en 4 categorías (Terr, 1979 y 1985, citado en Hermosilla & Montt, 2001):

- Desórdenes cognitivos perceptuales
- Colapso en el desarrollo
- Compulsión a la repetición
- Contagio

En 1980, aparece por primera vez en *El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III), el Trastorno por Estrés Postraumático, contemplado dentro de los Trastornos de Ansiedad, con características de ansiedad persistente, hipervigilancia y conductas de evitación fóbica (Puchol, 2001).

En su formulación inicial de DSM-III, un acontecimiento traumático era conceptualizado como un estresor catastrófico no contemplado dentro de la gama de experiencias humanas usuales. Los artífices del diagnóstico TEPT, tuvieron presentes como sucesos traumáticos: las guerras, las torturas, las violaciones, el holocausto nazi, los bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki, los desastres naturales (tales como terremotos, huracanes, erupciones de volcanes) y los desastres provocados por el hombre (entre los cuales se pueden mencionar las explosiones de fábricas, los choques de avión, y los accidentes de automóviles). Establecieron una clara diferencia entre los acontecimientos traumáticos y los estresores dolorosos, que constituían las vicisitudes normales de la vida tales como el divorcio, el fracaso, la discriminación, enfermedades graves, dificultades financieras, entre otros. Esta dicotomización entre lo traumático y otros estresores, se basó en que a pesar de que la mayoría de los individuos posean la habilidad para enfrentar el estrés habitual, sus capacidades de adaptación se verán probablemente abrumadas, cuando se expongan a un estresor traumático (Friedman, Gerrity & Marsella, 1996)

En 1994, en el DSM IV se integra el concepto de “normal” a los hechos traumáticos de la experiencia humana; sin embargo, se requiere que en el criterio A exista una respuesta emocional intensa frente a ese hecho traumático, a través de terror, pánico u horror; es decir, la reacción del individuo es la que define la situación

como traumática, dejando así de ser una característica inminente del hecho en sí (Cazabat, 2001).

En cuanto a los niños y adolescentes, se realizaron estudios acerca de las reacciones y sintomatologías más severas y de mayor duración, resultando en la consideración de esta población dentro del diagnóstico de estrés postraumático, lo que produjo un cambio en cuanto a la realización de las evaluaciones de los casos.

Las entrevistas a los padres dejaron de ser la fuente principal de información, para dirigirse al examen directo del niño. Las respuestas de los niños y adolescentes se vieron apoyadas por los relatos del adulto con respecto a las reacciones de estos (Edwin, 1993, Vogel & Vernberg, 1993, citados en Wicks-Nelson & Israel, 1997)

1.2. Conceptos de Estrés y Trauma.

Al referirnos al Trastorno de Estrés Postraumático, se hace necesario definir los conceptos estrés y trauma, antes de analizar la nosología diagnóstica.

1.2.1. Estrés.

Se considera un desequilibrio natural frente a situaciones de estrés (estresores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, laborales, económicos, etc.), que imponen demandas inesperadas sobre el organismo, el cual responde con estados de tensión, para reestablecer el equilibrio anterior.

El estrés, según Selye (1960, citado en Cazabat & Costa, 2000), es considerado como la respuesta general de adaptación que exhibe un organismo, cuando se encuentra frente a un estímulo amenazante. Establece dos categorías de respuesta:

- Respuestas de afrontamiento de la situación
- Respuestas de huida

Ambas sugieren que el individuo se prepara para cualquiera de las dos situaciones: afrontamiento o huida. Es por eso que existen respuestas fisiológicas ante situaciones estresantes, tales como aumento de la presión arterial, ritmo cardíaco, dilatación de la pupila, tensión de los músculos, aumento de la glucemia,

vasoconstricción periférica y liberación de una serie de sustancias químicas, tales como la adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, entre otras. El organismo regresa a su condición original, cuando la amenaza desaparece. En caso de que continúe la amenaza, se presenta un estado de alerta continuo, que da origen al Síndrome General de Adaptación (Selye, 1960, citado en Cazabat & Costa, 2000), que consiste en un estado de estrés crónico. Esta condición agota el estado físico y psíquico del organismo, ya que no dispone del tiempo necesario para su recuperación.

Cazabat y Costa (2000), postulan un concepto de estrés actualizado, que consiste de la siguiente manera:

“Es un proceso fisiológico y psicológico que se desarrolla, cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto.”

Nótese que al referirse a la percepción del individuo, contempla los procesos complejos relacionados con la cognición, creencias, pensamientos, inferencias, interpretaciones, predicciones, entre otras; que el sujeto hace, de manera más o menos consciente en el proceso antes definido.

Los autores consideran la interacción de tres factores, de acuerdo a este concepto innovador del estrés: el entorno, la manera como éste es percibido por el individuo (función de la personalidad, experiencias previas, etc.) y la percepción de los propios recursos para resistir las demandas del entorno.

1.2.2. Trauma.

Rodríguez y Cubano (2003), sugieren que un trauma no es más que un desbordamiento de la capacidad que tiene el sujeto para controlar el impacto que produce un suceso, y que puede producirse por un incremento de estímulos en la unidad de tiempo (cantidad de estímulos que se acumulan en muy poco tiempo) y por la intensidad de los estímulos (la intensidad del acontecimiento es mayor de la que el individuo está acostumbrado).

Wicks-Nelson e Israel (1997), definen el trauma como un suceso diferente a las experiencias comunes del individuo, pero que llega a ser muy doloroso, prácticamente, para toda la población.

La etimología del trauma viene del griego, que significa herir, mientras que en chino este concepto se concibe como pérdida y peligro; de allí que se considere que la exposición a experiencias como muertes, guerras, violaciones, raptos, accidentes provocan traumas, que representan pérdidas que ocasionan heridas muy profundas.

Una vez producido el trauma se provocan alteraciones afectivas (descontrol, impulsividad, angustia, etc) y cognitivas (confusión, bloqueo de la capacidad de razonamiento, decisión y análisis, etc.).

Muñoz (2002) establece el suceso traumático como un acontecimiento percibido como aterrador, con respuestas de miedo intenso, horror y sentimientos de impotencia para escapar o evitarlo. También sugiere una categorización de los eventos traumáticos con mayor prevalencia:

- Entre las mujeres es más común la violación y el acoso sexual.
- Entre los hombres sobresalen las amenazas con arma, presenciar una agresión o asesinato, y un accidente de tráfico grave.
- En ambos sexos por igual: muerte inesperada de un ser querido, accidentes de tráfico con riesgo para la vida, presenciar una agresión o asesinato, asalto con violencia, amenaza con arma y catástrofe natural.

Un acontecimiento llega a convertirse en traumático, cuando lleva implícita la muerte o lesiones graves, la amenaza de morir o sufrir una lesión, produciendo en el individuo un afecto negativo hacia el evento adverso (Astin & Resick, 1997, citado en Caballo, 1997).

Según Janoff-Bulman (1992, citado en Sassón, 2004), los sentimientos y sistemas de creencias de las personas expuestas a un evento traumático se ven afectadas en cuanto a la pérdida de la creencia en sí mismos, la seguridad acerca del mundo, la confianza en los demás y en su propia identidad.

Existen factores que promueven la vulnerabilidad ante el impacto de un evento altamente estresante, entre los cuales podemos mencionar la constitución

biológica, las características psicológicas del sujeto (rasgos de personalidad, traumas pasados, historias familiares, momento evolutivo), el sistema de creencias espirituales, las estructuras sociales, económicas y culturales de la persona, y el ambiente geofísico (Kalayjian, 2003, citado en Sassón, 2004).

La violencia familiar y social, violaciones y ataques, desastres, guerras, accidentes y violencia predatoria, exponen a las víctimas a la alteración temporal y/o permanente de las capacidades de confrontación, la percepción biológica de la amenaza y la autoestima (Van der Kolk, 2002, citado en Sassón, 2004).

Existe evidencia que los traumas no sólo afectan el funcionamiento psicológico, a través de un estudio realizado (Felitti et al., 1998, citado en Sassón, 2004), con 10,000 pacientes aproximadamente: Se obtuvo la información que aquellos con antecedentes de abuso infantil severo, tenían un riesgo de 4 a 12 veces mayor de desarrollar problemas de alcoholismo, depresión, abuso de drogas, de 2 a 4 veces mayor de fumar, de adquirir enfermedades de transmisión sexual, de 1.6 a 2.9 veces mayor de enfermedades coronarias isquémicas, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, fracturas óseas, hepatitis, infarto, diabetes y de 1.4 a 1.6 veces mayor de obesidad.

Los acontecimientos traumáticos se pueden clasificar de acuerdo a los síntomas y la duración de los mismos, como lo sugieren Meichenbaum (1994) y Terr (1991):

Según Michembaum (citado en Plaza, 2002, Sassón, 2004).

- *Acontecimiento traumático simple o eventos traumáticos a corto plazo.*

Pueden ser situaciones traumáticas aisladas o una serie de eventos continuos peligrosos, perjudiciales, amenazadores, a menudo imprevistos y abrumadores para casi todo el mundo. Entre estos podemos mencionar desastres naturales (inundaciones, huracanes, terremotos, tornados, etc), desastres accidentales (coche, tren, explosión, accidente químico, avión, incendio) y desastres de diseño humano intencional (bombardeo, atentado terrorista, violación, agresión, disparos, etc.)

Destruyen las sensaciones de seguridad y protección Causan terror, miedo intenso, sensaciones de peligro y amenaza, sentimientos de desamparo e incapacidad La duración de estos puede ser desde minutos hasta horas.

- *Eventos traumáticos repetidos y prolongados.*

Comprenden los desastres naturales (exposición a la radiación, enfermedad) y acciones humanas intencionales (abuso sexual, violencia doméstica, prisioneros, refugiados, etc.). Por ser impredecibles e incontrolables, pueden ejercer un efecto negativo en la comunidad, familia y las víctimas de estos eventos.

- *Exposición vicaria o indirecta.*

Se refiere a las personas cercanas a aquellos individuos que han vivido una experiencia traumática, como es el caso de los niños, hijos sobrevivientes o cuando existe cercanía al lugar del suceso. Lagos y Kersner (2001, citados en Sassón, 2004) realizaron una investigación sobre el impacto psicosocial de la represión política y la impunidad en Argentina, con los hijos de los desaparecidos durante el último terrorismo de Estado. Las conclusiones fueron las siguientes: las situaciones traumáticas impactan de modo multigeneracional, la desaparición de los padres produce efectos específicos en el aspecto psicológicos de los hijos, la impunidad ejerce un efecto retraumatizante, lo traumático no resuelto en una gran generación, es transmitido a las siguientes generaciones

Según Terr (citado en Plaza, 2002, Sassón, 2004) se clasifican en dos.

- *Traumas Tipo I (eventos traumáticos cortos e inesperados):*

Están compuestos por hechos traumáticos simples, inesperados y devastadores. Son experiencias traumáticas aisladas. Entre estos podemos señalar los desastres naturales, accidentes automovilísticos graves, ser víctima de violación, asaltos a mano armada, entre otros. Su duración es limitada y es probable que la recuperación sea más rápida. Los eventos tienden a ser recordados con detalle y los recuerdos son más vívidos y completos que los del tipo II. Se pueden presentar síntomas como los del TEPT, entre ellos, ideas intrusivas, evitación y sobreexcitación. Frecuentemente la recuperación es rápida, aunque ocasionalmente pueden cronificarse los síntomas.

- *Trauma Tipo II (factores estresantes ininterrumpidos y repetidos).*

Abarca traumas variables, múltiples, crónicos, permanentes, de larga duración, repetidos y anticipados. Por lo general, son causados intencionalmente por el hombre. Inicialmente, se presentan como factores estresantes del tipo I, pero tienden a reaparecer. Entre estos tenemos el abuso sexual o físico continuo, malos tratos reiterados, guerras, torturas, secuestros con reclusiones prolongadas. En este caso las víctimas se sienten indefensas y atrapadas. Poseen recuerdos confusos, borrosos y aislados, con características disociativas. También poseen sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización. Pueden llegar a desarrollar una visión equivocada de sí mismo y del mundo, problemas de carácter, trastornos de identidad, afectividad y reactividad emocional disminuida.

Cuando se exponen a sucesos traumáticos, la mayoría de las personas presentan síntomas parecidos al Estrés Postraumático (TEPT) los días siguientes al trauma. Suelen considerarse normales, ya que por garantizar la supervivencia, pretenden asimilar lo sucedido y aprender lo mejor posible de la experiencia negativa. En muchos casos estos síntomas van disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer (Muñoz, 2002)

1.3. Nosología del TEPT.

Es un trastorno de ansiedad que detalla un patrón de síntomas originados por la exposición a un evento traumático, que produce pavor, impotencia y temor extremo. Puede ocurrir como resultado de traumas personales (por ejemplo violación, guerra, desastres naturales, abuso, accidentes serios o cautiverio) o por haber sido testigo o saber de algún acto violento o desastre.

Algunas reacciones del TEPT pueden durar meses o años y algunos síntomas incluso pueden llegar a durar toda la vida. Un año después del desastre, numerosos estudios confirman que entre un 30% y un 40% de los supervivientes, pueden verse afectados y si el desastre ha sido provocado por seres humanos, pueden llegar a índices del 30% al 70% (Plaza, 2002)

Estudios sugieren que entre el 2 y el 9 por ciento de la población posee cierto grado del trastorno. No obstante, la probabilidad de sufrirlo es mayor cuando la persona se ve

expuesta a múltiples traumas o a eventos traumáticos durante su niñez y adolescencia, especialmente si el trauma dura mucho tiempo o se repite. Es más frecuente entre la población joven de las ciudades y entre personas que han inmigrado recientemente de países en donde han habido problemas. Parece ser que las mujeres sufren más del trastorno de estrés postraumático que los hombres (National Alliance for the Mentally Ill [NAMI], 2003).

A pesar de pasar por un breve estado de ansiedad o depresión después de estos eventos, las personas que sufren del TEPT “vuelven a vivir” el trauma, evitan a las personas, los pensamientos o situaciones relacionadas con el evento, presentan síntomas de emociones excesivas y no pueden llevar a cabo sus funciones como lo hacían antes del suceso traumático. Los síntomas duran más de un mes y por lo general, aparecen en un período de tres meses posterior a la situación traumática, sin embargo, también pueden presentarse durante meses o hasta años después.

Las manifestaciones de los síntomas están agrupadas en tres categorías (Astin & Resick, 1997, citado en Caballo, 1997):

- Recuerdos invasivos
- Síntomas de evitación y falta de sensibilidad
- Hiperactivación fisiológica

Los *recuerdos invasivos* se consideran el rasgo característico del trastorno, de tal forma que el individuo revive el acontecimiento traumático de alguna manera. Estos recuerdos son intrusivos, repentinos y constantes; aparecen en la conciencia sin aviso, ni señales desencadenantes que los provoquen. Mientras que algunos de estos recuerdos se presentan en estados de alerta, ya sea a través de flashbacks o de la reactivación de temores y ansiedades traumáticas por experiencias intensamente vividas, por otro lado, también se reviven durante el estado de sueño, mediante pesadillas con contenidos relacionados con el trauma.

Existen además reacciones psicológicas (terror, repugnancia, depresión, entre otras) y fisiológicas (aumento del ritmo cardíaco, transpiración, respiración rápida, etc.) frente a estímulos asociados con el acontecimiento traumático. Frente a estas reacciones, los sujetos experimentan incomodidad y molestia, por la dificultad que

poseen para ejercer control sobre los mismos, además de que desconocen cuándo o cómo ocurren.

El *aumento de la activación fisiológica*, se constituye en una interferencia durante las actividades diarias, que además produce agotamiento. Esta se presenta como una constante “huida o lucha”, tal como fue vivenciada en la experiencia traumática. Se considera disfuncional, ya que no es adaptativa, como ocurre cuando existe una crisis, donde el organismo se prepara para la supervivencia; por el contrario, el individuo se desgasta en la búsqueda de situaciones amenazantes o de peligro, así como sucede en la hipervigilancia. También pueden existir perturbaciones del sueño, disminución de la concentración, irritabilidad y respuestas de sobresaltos.

Los *síntomas de evitación y falta de sensibilidad*, sugieren por parte del individuo, intentos de distanciamiento psicológico y emocional del trauma. Creamer, Burgués y Pattison (1992, citado en Caballo, 1997), señalan que los síntomas de evitación constituyen una manifestación ante la sintomatología invasiva. Las emociones negativas pueden invadir la conciencia, de tal forma que el sujeto evitará situaciones y acontecimientos que le recuerden el evento adverso o podrá olvidar detalles o aspectos significativos del suceso. En cuanto a la falta de sensibilidad ocurre un fenómeno parecido, en donde se intenta eliminar aquellos sentimientos que evoquen recuerdos invasivos, al grado de existir un desapego de las emociones que puede experimentar el individuo, sean negativas o positivas. El resultado de esta condición es la dificultad para establecer relaciones con las demás personas, capacidad para disfrutar la vida, para ser productivo y para planificar el futuro.

Es necesario considerar que estos síntomas se presentan a partir de un mes, por lo menos, pero pueden durar toda la vida, de no existir las condiciones adecuadas para una recuperación exitosa. También es importante mencionar que en individuos con TEPT, la probabilidad a desarrollar otros trastornos como depresión, ansiedad, ideas suicidas y abuso de drogas, es mayor.

Otras formas de alteración psicológica frente a una situación traumática, es el desarrollo de distorsiones cognitivas, las cuales exhiben una severa desorganización de la visión que tiene la víctima, del mundo en el que vive. De esta forma se puede

responder al trauma a través de extrema culpabilidad, incapacidad para confiar en otros, temor constante sobre la seguridad personal, trastornos en las relaciones interpersonales y baja autoestima

1.4. Criterios diagnósticos según las Clasificaciones de las Enfermedades Mentales: DSM IV y CIE 10.

1.4.1. Criterios diagnósticos según el DSM IV.

A La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2.

1 La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1 Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5 Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4 Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6 Restricción de la vida afectiva (p ej Incapacidad para tener sentimientos de amor

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1 Dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. Irritabilidad o ataques de ira

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

1.4.2. Criterios diagnósticos según el CIE-10.

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen) Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” “y embotamiento” emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por

estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotrópicas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Las pautas para el diagnóstico son las siguientes. este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico “probable” podría “aún ser” posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye: Neurosis traumática.

1.5. Trastorno por Estrés Postraumático en niños.

Haber sobrevivido a desastres naturales o provocados por el hombre, tales como: inundaciones, crímenes violentos, secuestros, violación o asesinato de alguno de los padres, ataques de francotiradores, tiroteos; accidentes y/o choques de automóviles o aviones; quemaduras severas; exposición a la violencia de la comunidad, guerras, el suicidio de iguales, abuso sexual y físico; favorece el desarrollo de estrés postraumático en niños y adolescentes

Cuando los niños no logran comprender o procesar los sucesos negativos acaecidos, la angustia provocada tiende a ser mayor, el sentido de seguridad personal se ve afectado y puede agravarse de no recibir ningún tipo de atención inmediata, la cual es suministrada a través del respaldo de las redes de apoyo o contención que representan los padres, familiares y aquellos que se encuentran alrededor de ellos (Shimabukuro, 2002).

Estudios realizados en la ciudad de Oklahoma con respecto al efecto de los ataques terroristas en niños y adolescentes indicaron lo siguiente (Hamblen, 1998):

- Niños que habían perdido amigos u otros familiares presentaron mayor probabilidad de exhibir prontamente síntomas de TEPT, que aquellos que no contaban con estas pérdidas.
- El miedo y la hiperactividad se presentaron durante 7 semanas después de las explosiones, constituyéndose en los predictores significativos del TEPT (Pfefferbaum et al., 1999, citado en Hamblen, 1998).
- Dos años después de las explosiones, 16% de los niños que vivían aproximadamente 100 millas lejos de la ciudad de Oklahoma, reportaron síntomas significativos del TEPT relacionados con el evento. (Pfefferbaum et al, 2000, citado en Hamblen, 1998). Este ha sido un hallazgo importante, ya que no estuvieron directamente expuestos al trauma y tampoco estuvieron relacionados con las personas que fueron heridas o asesinadas.
- La sintomatología del TEPT fue predicha por la exposición media y la exposición interpersonal indirecta, siendo esta observada en aquellos jóvenes que tenían un amigo(a) que sabía que alguien que fue asesinado o herido

Estudios realizados con una muestra de 3,159 niños y niñas, cuyas edades oscilaban entre los 5 y 14 años, correspondientes a tres ciudades afectadas por el Huracán George en Santo Domingo, República Dominicana (Moreno-Ceballos & Martín, 2000), seis meses después del desastre, observaron que un 24.4% de los niños y niñas se asustaban al escuchar sobre el huracán; 25% mostraba nerviosismo cuando llovía o si percibían signos relacionados con el ciclón (brisas, sonidos, etc.). El 7% presentó dificultades al dormir, a través de pesadillas relacionadas con la tragedia; mientras que un 51.85% evitaba hablar sobre el tema. Un 15% no participaba en actividades que evocaran recuerdos sobre el huracán y un 11% no asistía a la escuela si llovía, estaba nublado o si percibía signos asociados con el ciclón. Síntomas de hipervigilancia fueron registrados en un 37% y los de evitación en un 52%. Se diagnosticó el TEPT en un 12.5% de ellos, considerándose además, trastornos de ansiedad en un 27.51% y depresión en un 31.18%. Igualmente esta población mostró tener en un 72%, algún síntoma físico.

1.5.1. Prevalencia.

Investigaciones realizadas en poblaciones infantiles registran una prevalencia de 46%, mientras que en los niños que han sido expuestos a un estresor traumático, la prevalencia se presenta entre un 30% y 100%, de acuerdo a la intensidad, duración y proximidad al evento traumático. (Hermosilla & Montt, 2001).

En el caso de niños preescolares, los estudios de prevalencia resultan ser complicados, por la dificultad para expresar verbalmente sus malestares y síntomas, considerando sus padres y la comunidad que no existen problemas.

Estudios revelan que niños y adolescentes víctimas de desastres naturales o acciones violentas (raptos, guerras, violaciones, etc.), muestran cifras de prevalencia que van desde 3% hasta 100% (Terr, 1996, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998, Giaconia, et al., 1995, Shannon, Lunigan, Finch, Taylor, 1994, citados en Valdivia, 2001).

Han sido pocos los estudios realizados en la población en general para examinar la tasa de exposición a los eventos traumáticos y el estrés postraumático

en niños y adolescentes. Los resultados obtenidos indicaron que de 15 a 43% en niñas y de 15 a 43% en varones, han experimentado por lo menos, un suceso traumático en sus vidas. De estos niños y adolescentes que habían vivenciado un trauma, del 3 al 15% de niñas y del 1 al 6% de varones, fueron diagnosticados con TEPT (Hamblen, 1998).

El Nacional Center of Post-traumatic Stress Disorder, posee estudios que muestran que 100% de los niños que presencian el homicidio de alguno de sus padres o un asalto sexual, desarrollan estrés postraumático. De igual manera, 90% de niños sexualmente abusados, 77% de niños expuestos a incidentes de tiroteos y asesinatos en la escuela y 35% de la juventud urbana expuesta a situaciones de violencia en la comunidad, también desarrollaron el TEPT (Hamblen, 1998).

También resulta relevante el analizar la evolución a largo plazo de los menores que han presentado TEPT. Los estudios de seguimiento efectuados, algunos hasta quince años después de los eventos traumáticos, muestran en general una perseverancia de la sintomatología, en una proporción significativa de los casos entre el 24% y el 70% (Hubbard, Realmuto & Northwood, 1995, citado en Valdivia, 2002). Esto demuestra que en un elevado número de los casos, haber sufrido un evento traumático severo que haya desencadenado un TEPT en la niñez, puede dejar huellas psicopatológicas que se arrastren por décadas llegando incluso a la vida adulta (Shaw, Applegate & Schorr, 1996, citado en Valdivia, 2002).

1.5.2. Curso.

Los síntomas aparecen después de un mes, meses o años posteriores al evento traumático. Se pueden presentar a cualquier edad y su presentación varía de acuerdo a las etapas de desarrollo. El curso puede ser fluctuante, crónico o autolimitado, dependiendo de la severidad, tipo de estresor, cronicidad, características del niño y su historia personal, calidad del apoyo social, de la presencia de estresores asociados y los sucesos posteriores al evento.

Puede ser crónico si el niño ha estado expuesto a considerables ultrajes, pérdidas de vida o daños masivos. Cuando existen sentimientos de culpa por

responsabilidad en el daño a otros, y participación en procedimientos penales y civiles asociados, la posibilidad de que los síntomas se cronifiquen, es mayor. Si el estrés es más severo, el curso será más extendido

La expresión de los síntomas varía en el tiempo. En el inicio, la presencia de miedo e hiperactividad ante el estresor, posteriormente, sobresalen los síntomas invasores y la reactuación, mientras que en los años siguientes una alteración en el estilo de vida. En el caso de los niños, la hiperactividad se presenta en el inicio, más adelante, una tendencia a la inhibición y posteriormente la disociación (Hermosilla & Montt, 2001).

Aproximadamente un 50% de los casos se recupera en los tres primeros meses; sin embargo, de 30 a 50% pueden desarrollar una sintomatología agravada o cronificación de los síntomas (Hermosilla & Montt, 2001).

Existen tres factores que incrementan la posibilidad de que los niños desarrollen el TEPT (Hamblen, 1998):

- La severidad del evento traumático
- Las reacciones de los padres frente al desastre
- Proximidad física al incidente traumático.

La mayoría de los estudios coinciden en que niños y adolescentes que reportan haber padecido traumas severos, registran también los más altos niveles de síntomas del TEPT. El apoyo familiar y parental ha demostrado tener influencia sobre la evolución de los síntomas. De existir mayor apoyo familiar y menos conflictos parentales, se presentan niveles más bajos de síntomas del TEPT. Finalmente, niños y adolescentes que se encontraron más distantes del suceso traumático, registraron menos perturbaciones.

Existen otros factores que afectan la ocurrencia y la severidad del TEPT. Investigaciones sugieren que traumas interpersonales tales como secuestro y asalto, tienen la probabilidad de desarrollar un TEPT, más que otros traumas. Adicionalmente, si un individuo ha experimentado un número de eventos traumáticos en el pasado, se incrementa el riesgo de padecer los síntomas de este trastorno (Hamblen, 1998).

En términos de género, podemos señalar que las niñas son considerablemente vulnerables en cuanto a desarrollar los síntomas, más que los varones, según lo señalan estudios realizados. No existen suficientes estudios que informen acerca de la relación existente entre etnia y TEPT. Mientras que algunos investigadores estudian el hallazgo de que minorías exhiben los niveles más altos de incidencia; por otro lado, han demostrado que se debe a los diversos grados de exposición al evento traumático (Hamblen, 1998).

Es probable que niños muy pequeños presenten escasos síntomas del TEPT, puede deberse a que 8 de los síntomas del TEPT, requieren de una descripción verbal de cada uno de los sentimientos y experiencias. En su lugar, estos niños reportan temores generalizados y ansiedad de separación, evitación de situaciones relacionadas o no con el evento traumático, trastornos del sueño y la exhibición de palabras o símbolos que pueden estar vinculadas con el trauma. También manifiestan los síntomas a través del juego, donde repiten los temas del trauma. Pueden perder habilidades adquiridas, como por ejemplo la ida al baño.

Informes clínicos sugieren que niños en edad escolar, posiblemente no experimenten “flashbacks” o amnesias de aspectos relacionados con el trauma; sin embargo, cada vez que los recuerdos emergen a la memoria, presentan una secuencia desordenada de los acontecimientos relacionados con el desastre; además, desarrollan una “omen formation” o formación de presagio, que consiste en creencias relacionadas con la existencia de señales de alerta que predijeron el trauma, como resultado, a menudo piensan que si se mantienen lo suficientemente vigilantes, reconocerán las señales de alerta y evitarán traumas futuros. También exhiben el juego postraumático o la representación del trauma en el juego, dibujos y verbalizaciones. El juego postraumático es diferente de la representación, en que el primero es una personificación del suceso adverso, que implica una repetición compulsiva de algunos aspectos del trauma, y no tiende a aliviar o mitigar la ansiedad. Un ejemplo es el incremento en juegos de tiro, después de haber estado expuesto a situaciones de tiroteos en la escuela. Por otro lado, la representación es más flexible e involucra una reconstrucción conductual de aspectos del trauma,

como por ejemplo, llevar un arma después de haber experimentado situaciones de violencia. En el caso de niños y adolescentes, los niños pueden reflejar apego al juego postraumático posterior a un evento trágico; mientras que los adolescentes, a la representación traumática, en la cual incorporan aspectos del trauma en su diario vivir, ya que son más vulnerables a desarrollar comportamientos impulsivos y agresivos, en mayor probabilidad que los niños y los adultos (Hamblen, 1998).

1.6. Tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático.

La detección y reconocimiento del estrés asociado a situaciones traumáticas, es el primer paso dirigido a los pacientes que desean lograr su total recuperación e integración social. El tratamiento para el TEPT empieza con una evaluación detallada y el desarrollo de un plan de tratamiento que determina las necesidades primordiales del sobreviviente. Generalmente, inicia sólo después que la víctima ha sido separada de una situación de crisis a una condición de seguridad y protección. Si se mantiene expuesta al trauma (tal como violencia doméstica o violencia de la comunidad, abuso, falta de vivienda, situaciones de desastres), puede deprimirse o realizar intentos suicidas, experimentando el pánico extremo o el pensamiento desorganizado, por lo que se deben dirigir estos aspectos de la crisis en la primera fase de la intervención terapéutica.

El tratamiento apropiado del trastorno de ansiedad en la infancia, evita años de padecimientos en el niño, y lo encamina hacia el logro de una niñez normal, previniéndolo a la vez del desarrollo de dificultades en la adolescencia o adultez, como trastornos de ansiedad, depresión o abuso de sustancias.

Estudios realizados con niños y niñas afectados por el Huracán George en República Dominicana (Moreno-Ceballos & Martín, 2000), reflejaron una mejoría de los síntomas a medida que se desarrollaba el Programa de Asistencia Emocional a las víctimas del huracán.

En la realización de un tratamiento a víctimas de desastres y eventos traumáticos, es necesario estimar conveniente los siguientes aspectos:

- Es importante que el tratamiento incluya educación a los sobrevivientes del trauma y a sus familiares, sobre cómo las personas desarrollan el TEPT, cómo afecta a las víctimas y a sus seres queridos, y otros problemas que comúnmente están relacionados con los síntomas del TEPT. Entender que es un Trastorno de Ansiedad, reconocido médicamente y que ocurre en individuos normales expuestos a condiciones estresantes extremas, es esencial para un tratamiento efectivo
- La exposición al acontecimiento a través de evocaciones del recuerdo por medio de imágenes, redacciones o conversaciones, permite al sobreviviente reexperimentar el acontecimiento en un ambiente seguro y controlado, a la vez que permite examinar con cuidado sus reacciones y las creencias en relación al evento ocurrido.
- Otro aspecto importante es hacer que el sobreviviente examine y resuelva sentimientos fuertes tales como la ira, la vergüenza o la culpa, los cuales son comunes entre las víctimas de desastres.
- Es importante enseñarle a enfrentar las memorias postraumáticas: los recuerdos, las reacciones, y sentimientos, sin llegar a sentirse abrumado o emocionalmente entumecido. Generalmente, los recuerdos del trauma no desaparecen del todo como resultado de la terapia, pero llegan a ser manejables con el desarrollo de habilidades de afrontamiento.

1.6.1. Terapia Cognitivo Conductual.

El abordaje cognitivo-conductual ha alcanzado mayor porcentaje de resultados favorables en la atención y tratamiento del TEPT. Esta técnica conductual implica el trabajo con cogniciones, para modificar emociones, pensamientos y conductas.

La terapia cognitivo-conductual consiste en la identificación y modificación de las ideas erróneas o pensamientos automáticos (aspectos cognitivos) y las conductas no deseadas, limitadas o condicionadas por la ansiedad o el temor (aspectos conductuales), que generan síntomas y circunstancias que propician el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad [CENTROIMA], 2003)

El tratamiento se caracteriza por su brevedad y focalización. El uso de tiempo es limitado y ajustado hacia el logro de los objetivos trazados; duración determinada de acuerdo al diagnóstico, historia personal, evolución de la enfermedad, habilidades personales, etc. A la vez, precisa su atención al problema identificado, conforme a las causas y consecuencias existentes, brindando información acerca de técnicas en el manejo, control y disminución de los síntomas.

Una de las técnicas extraordinariamente útiles en el tratamiento de los traumas es la terapia de exposición. Emplea de manera cuidadosa y repetida, la imaginación detallada del trauma (exposición), en un contexto seguro y controlado para ayudar a las víctimas a enfrentar el miedo y la ansiedad provocada por el trauma. En algunos casos, las memorias o los recuerdos de la tragedia pueden ser enfrentados de una vez, mientras que en otros individuos o traumas, es preferible trabajar de manera gradual, hasta el trauma más severo, utilizando técnicas de relajación e iniciando con técnicas de desensibilización.

1.6.2. Terapia grupal.

Las técnicas grupales se constituyen en una modalidad terapéutica ideal, ya que las víctimas del trauma pueden compartir material traumático dentro de un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por otras víctimas. Como miembros del grupo alcanzan una mayor comprensión y resolución de su trauma, y se sienten a menudo con más seguridad y confianza.

Mientras que analizan y comparten cómo hacerle frente a la vergüenza, culpa, miedo, dudas, y autocondenación relacionadas con el trauma, se preparan para centrarse en el presente más que en el pasado. Contar la historia de cada uno ("la narrativa del trauma") y enfrentar directamente el sufrimiento, ansiedad y culpa concerniente al trauma, les permite encarar sus propios síntomas, recuerdos y otros aspectos de sus vidas.

1.6.3. Psicoterapia psicodinámica breve.

Esta técnica terapéutica se centra en los conflictos emocionales causados por el evento traumático y cómo se relacionan con las experiencias tempranas de la vida.

El relato traumático ante un terapeuta empático, compasivo y no crítico, promueve en la víctima un mayor sentido del amor propio y el desarrollo de formas eficaces para pensar, enfrentar y aprender a lidiar de manera exitosa con sus emociones intensas. El terapeuta ayuda a la víctima a identificar aquellas situaciones actuales de su vida actual, que fijan los recuerdos traumáticos y empeoran los síntomas del TEPT.

Lo esencial es enseñarles a adquirir conciencia y a pensar en sí mismos, autobservarse, cuidarse, y poder utilizar de nuevo los afectos como instrumentos vitales y no de muerte, como ocurría en el trauma. Lo importante es el trabajo de elaboración interna en una relación de confianza y de seguridad, no eliminar el síntoma ni “arrancar esa página de su vida”, hasta poder experimentar nuevamente las emociones negativas, en vez de la destrucción de la capacidad de sentir. Según esta modalidad terapéutica, recordar el trauma sólo es terapéutico, si se asocia a la reviviscencia del afecto experimentado en su origen, porque la falta de descarga del afecto, o mejor, su procesamiento cognitivo-afectivo incompleto o inadecuado, mantiene el recuerdo traumático de forma patógena (Mingote, Machón, Isla, Perris, Nieto, Julio, 2001).

1.6.4. Terapia Familiar.

Semejante a las técnicas grupales, la terapia familiar centra su interés fundamental en la interacción entre las personas, sin embargo, existen diferencias en cuanto a los siguientes aspectos:

- La familia cuenta en común con un pasado, una historia y un futuro, mientras que a nivel grupal las experiencias son individuales y es este elemento el que favorece el éxito en la terapia familiar:

- Existen diferencias entre los roles terapéuticos. El rol del terapeuta familiar, en la mayoría de los casos, es más directivo, mientras que el rol ejercido por el terapeuta de grupo, es de facilitador de procesos y dinamizador del grupo.
- El objetivo final del terapeuta familiar es fortalecer al grupo en sí mismo, a la vez que a sus miembros individuales; mientras que para el terapeuta grupal, será la resolución de los conflictos a nivel individual, lo cual producirá la disolución del grupo.

La terapia familiar por sí sola no se constituye en una técnica terapéutica para el tratamiento del TEPT, más bien es considerada como un complemento útil en la realización de otras estrategias terapéuticas que atienden directamente la sintomatología.

1.6.5. Tratamiento Farmacológico.

La utilización de medicamentos puede reducir la ansiedad, depresión e insomnio que con frecuencia se experimentan con el TEPT, y en algunos casos, puede ayudar a aliviar la angustia y el bloqueo emocional causado por los recuerdos de la experiencia traumática.

En la mayoría de los ensayos clínicos, se ha podido observar la efectividad de varias clases de antidepresivos en la mejoría de los pacientes. En este momento, ninguna droga en particular ha surgido como un tratamiento definitivo para el tratamiento del TEPT; sin embargo, la medicina ha demostrado ser de gran utilidad para el alivio de los síntomas, lo cual hace posible una valiosa participación de las víctimas en la psicoterapia.

La primera droga (Sertralina) para el tratamiento específico del trauma fue aprobada en octubre de 2000. Se constituye en un inhibidor de la recaptación selectiva de serotonina. Los medicamentos indicados en estos casos (Benzodiazepinas, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, Tricíclicos, Duales, Beta Bloqueantes) apuntan a la corrección de disfunciones neuroquímicas de los circuitos responsables del control de la ansiedad a nivel cerebral, y a reducir el impacto físico de los síntomas. La farmacoterapia, en la

gran mayoría de los pacientes, debe acompañarse del Tratamiento Cognitivo-Conductual correspondiente, para lograr una mejoría genuina y duradera (CENTROIMA, 2003)

En el caso de los niños, la decisión por el tratamiento farmacológico debe ser estimado posterior a la del abordaje psicoterapéutico, el cual debe seguir los mismos criterios que el adulto en cuanto a la selección del mismo; sin embargo las dosis varían de acuerdo a la edad, peso y diagnóstico (Plaza, 2003).

Un adecuado tratamiento farmacológico, no consiste en suministrar un ansiolítico o antidepresivo porque sea lo que predomina, sino la comprensión de la totalidad del cuadro, desde los aspectos sociales hasta los neurobiológicos. La farmacoterapia resulta efectiva cuando se realiza en estrecha combinación con la terapia.

1.6.6. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO).

Es un nuevo tratamiento para los recuerdos traumáticos que incluye elementos de la terapia de exposición y la terapia cognitivo conductual, combinados con partes esenciales de la estimulación sensorial bilateral. Mientras la teoría y la investigación todavía se están desarrollando en cuanto a esta forma de tratamiento, existe cierta evidencia que el DRMO puede facilitar el acceso y procesamiento del material traumático.

El cerebro procesa toda la información que recibe, pero cuando existe un acontecimiento traumático y el trauma es muy severo, el procesamiento se obstruye, la información aceptada permanece en el cerebro en su estado original, y se producen alteraciones y síntomas perturbadores ante una serie de estímulos; la DRMO activa el sistema de procesamiento de información, elabora los recuerdos traumáticos y los convierte en útiles y provechosos (Betancurt, Montoya & Trejos, 1999).

Cuando existe una situación de estrés severo, la excesiva estimulación de los cuerpos amigdalinos responsables del procesamiento de la información recibida, interfiere con la función reguladora del hipocampo y de la corteza prefrontal

izquierda (Van Der Kolk & Van Der Hart, 1989, citado en Cano & Trejos, 1999), por lo cual el suceso es almacenado como un conjunto de sensaciones y emociones no procesado. Existe evidencia *electroencefalográfica*, que la DRMO normaliza las ondas cerebrales más lentas en ambas cortezas cerebrales; esto es, resincroniza la actividad de ambos hemisferios y facilita la regulación por parte de la neocorteza de los cuerpos amigdalinos (y el sistema límbico cerebrales en general), por lo cual se pueden procesar adecuadamente los recuerdos traumáticos (Cano & Trejos, 1999).

2. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La terapia cognitivo-conductual ha desarrollado una serie de técnicas aplicables a pacientes con Trastorno por Estrés Posttraumático, basadas en teorías que intentan explicar el efecto de los estímulos estresantes traumáticos en la generación de síntomas de ansiedad y temor, y de cómo estos afectan las estructuras cognitivas, provocando alteraciones en los sentimientos, emociones y en la percepción que los sujetos tienen del mundo que les rodea

Estas teorías son las siguientes.

- Teoría conductista del aprendizaje
- Teoría del procesamiento emocional
- Teoría del procesamiento de la información

La *teoría del aprendizaje*, ha sido uno de los constructos teóricos fundamentales para la elaboración de técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, utilizados en el tratamiento para el TEPT. Los condicionamientos clásico y operante, han llegado a brindar los mayores aportes de esta teoría, que según muchos autores, permiten explicar la generación de este trastorno (Becker et al., 1984, Holmes, & St. Lawrence, 1983, Keane, Zimering & Caddell, 1985, Kilpatrick, Veronen & Best, 1985, Kilpatrick, Veronen & Resick, 1982, citado en Caballo, 1997).

En cuanto al condicionamiento clásico, el trauma se constituye en el estímulo incondicionado (EI) que provoca una respuesta de temor y ansiedad, la cual sería la respuesta incondicionada (RI). Al asociarse el trauma (EI) con “el recuerdo traumático”, llega a ser el estímulo condicionado (EC), que cada vez que aflora en la memoria, evoca reacciones de estrés posttraumático, convirtiéndose en la respuesta condicionada (RC).

Es importante señalar que el recuerdo en sí no es peligroso, sino que al simbolizar el evento traumático por estar asociado con el mismo, se constituye en el estímulo condicionado que provoca síntomas del TEPT cada vez que se recuerde el trauma. También se consideran respuestas condicionadas (RC), aquellas señales asociadas con el recuerdo y las señales neutrales que evocan los estímulos desencadenantes, que de

igual forma pueden provocar respuestas de ansiedad; ocurriendo debido a la generalización del estímulo y del condicionamiento de segundo orden.

En cuanto a la extinción de la respuesta condicionada, esta desaparece a medida que el estímulo incondicionado original se extingue, como ocurre en los modelos tradicionales de condicionamiento clásico

El condicionamiento operante permite comprender cómo se desarrollan y permanecen los síntomas de evitación del TEPT a largo plazo, pese a que el estímulo incondicionado (EI) o estímulo estresante haya desaparecido. Este condicionamiento se presenta de la siguiente manera: como el recuerdo del trauma (EC) impulsa estados de ansiedad extremos (RC), estos son evitados para lograr una disminución de los mismos. Este reforzamiento negativo impide que la asociación entre el recuerdo traumático y los estados de ansiedad desaparezcan, lo cual se constituye en una limitación para superar el trauma, ya que el individuo está incapacitado para aprender que estos recuerdos no son tan peligrosos como él los percibe, aumentándose la probabilidad de que los síntomas del trastorno se cronifiquen.

La teoría del procesamiento emocional explica la aparición del TEPT a través de la formación de una estructura de temor que contiene, tanto recuerdos del suceso traumático, como emociones y maniobras de escape, provocados por la exposición a los estímulos estresantes traumáticos. Otros autores señalan que este trastorno surge a partir del desarrollo de una estructura de temor interna, que origina la conducta de escape y evitación, la cual es activada al enfrentarse el individuo a situaciones, experiencias u objetos que se asocian al trauma, provocando así las conductas antes mencionadas (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989, citado en Caballo, 1997). Las estructuras de temor se activan constantemente y los acontecimientos traumáticos son interpretados como exageradamente peligrosos (Chemtob et al., 1998, citado en Caballo, 1997).

En cuanto a la disminución del temor y ansiedad, esta teoría propone que de presentarse una exposición repetida al recuerdo traumático en condiciones de seguridad, pueden producirse una habituación del temor y transformaciones subsiguientes en cuanto a la estructura de temor, lo cual provocará disminución de la

emoción, en la percepción de elementos que consideraban significativos, en las autoverbalizaciones y disminución en la generalización.

La *teoría del procesamiento de la información* propone que además de experimentar temor, los sujetos que padecen el TEPT, también exhiben otras manifestaciones como la vergüenza, ira o tristeza, que no sólo se originan de la experiencia traumática, sino también de las interpretaciones que hacen las víctimas de la misma.

A pesar de que se basaron en la teoría del aprendizaje, plantearon una teoría más cognitiva, que establece la codificación, almacenamiento y recuperación de la información en la memoria, a través de la existencia de estructuras cognitivas o mapas genéricos (Resick & Shnicke, 1992, 1993, Hollon & Garber, 1988 citado en Caballo, 1997). Al llegar información nueva, esta es procesada sin ninguna dificultad, siempre que esté en conformidad con las creencias ya existentes acerca de sí mismo y del mundo. Como las experiencias traumáticas requieren la modificación de estos esquemas para ser integradas en la memoria, ya que son incongruentes con las creencias que poseen, en algunos sujetos este proceso se evita, porque los componentes afectivos asociados al trauma son muy fuertes y además, la transformación de las creencias conlleva a una vulnerabilidad frente a posibles eventos traumáticos. El fenómeno que ocurre es una deformación del trauma, para poder incorporarlo sin que las creencias sufran alteración alguna.

Esta teoría facilita la comprensión de la evitación, reexperimentación y aumento de la activación que caracterizan al TEPT, puesto que los afectos asociados con una experiencia traumática, por ser de gran magnitud, no pueden evitarse del todo; por lo tanto, continúan emergiendo en el estado de vigilia a través de recuerdos retrospectivos (flashbacks) o estímulos recordatorios invasores y durante el sueño, por medio de pesadillas; así también las respuestas emocionales y los estados activados.

Estas tres teorías son la base fundamental de técnicas cognitivos-conductuales utilizadas en el tratamiento del trauma, las cuales se detallarán más adelante.

Otros aspectos a considerar en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en conjunto con la terapia de exposición son los siguientes:

- Aprendizaje de habilidades para hacerle frente a la ansiedad (tal como reentrenamiento en respiración o biofeedback) y a los pensamientos negativos (reestructuración cognitiva)
- Control de la ira.
- Preparación para enfrentar las reacciones del estrés (inoculación al estrés)
- Manejo de los síntomas futuros del trauma
- Canalización de los impulsos para usar drogas o alcohol cuando los síntomas del trauma ocurren (prevención de la recaída).
- Establecimiento de comunicación y relaciones efectivas con las personas (entrenamiento en habilidades sociales o terapia marital)

Las técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales, que se utilizan con mayor efectividad en el tratamiento para individuos con TEPT son las siguientes:

- Técnicas para el control de la ansiedad (entrenamiento en inoculación de estrés).
- Técnicas de Exposición
- Terapia de procesamiento cognitivo

El entrenamiento por *inoculación de estrés* (EIE), es una técnica cognitivo-conductual basada en la teoría del aprendizaje, cuyos constructos hipotéticos se basan en que la generación del TEPT está fundamentada en los condicionamientos clásicos y operantes. Fueron desarrolladas por Michembaum (1974, citado en Caballo, 1997) para el control de la ansiedad.

El objetivo principal del EIE, es desarrollar la comprensión y control sobre las reacciones de miedo relacionadas al trauma. Las fases de esta terapia comprenden los siguientes aspectos: educación, adquisición de habilidades y aplicación.

La fase educativa contiene la presentación del tratamiento, información sobre el desarrollo de las respuestas de temor (basada en la teoría del aprendizaje) y sobre la activación del sistema nervioso simpático. Se utilizan técnicas de relajación muscular y se le instruye para que distinga los signos que desencadenan sus reacciones de temor.

La segunda fase de tratamiento integra habilidades de afrontamiento, tales como la respiración diafragmática (promueve la relajación del paciente a través de una serie de

situaciones provocadoras de ansiedad), detención del pensamiento (para controlar los pensamientos invasivos y obsesivos que estimulan la presencia de la ansiedad), el ensayo encubierto (aborda la evitación conductual), diálogo con uno mismo dirigido (permite el reconocimiento de patrones de pensamientos irracionales, erróneos o desadaptativos, para sustituirlos por pensamientos positivos y adaptativos) y la representación de papeles (Kilpatrick et al., 1982, Resick & Newton, 1992, Resick & Jordan, 1988, citado en Caballo, 1997). En la fase final el individuo debe aplicar las habilidades aprendidas a situaciones de la vida real que provocan ansiedad.

Los pasos de la inoculación al estrés integran los siguientes aspectos.

- Valorar la posibilidad de que el acontecimiento temido aparezca
- Utilizar la detención del pensamiento y el reflejo tranquilizante para ejercer control sobre la conducta de evitación.
- Controlar la crítica hacia uno mismo por medio del autodiálogo dirigido y la reestructuración cognitiva
- Realizar a cabo la conducta temida manejando las habilidades de solución de problemas y las habilidades aprendidas por medio de la representación de papeles y el modelado encubierto.
- Luego de recurrir a las habilidades frente a la situación temida, reforzarse a sí mismo

Es conveniente considerar que antes de finalizar el tratamiento, el terapeuta debe apoyar al paciente en la elaboración de una jerarquía de situaciones temidas sin resolver, para que aplique y continúe utilizando las habilidades aprendidas

Las *técnicas de exposición*, están basadas en la teoría del aprendizaje y en la del procesamiento emocional, ya que permiten el procesamiento de emociones relacionadas con el trauma, a fin de que el individuo se habitúe, y sea capaz de procesar los recuerdos y memorias traumáticas que eran evitadas anteriormente. Entre las que podemos mencionar se encuentran, la inundación o exposición prolongada (denominada exposición terapéutica directa) y variantes de la desensibilización sistemática. El objetivo de las mismas consiste en disminuir las respuestas de temor

condicionadas en el momento del trauma, a través del enfrentamiento a los estímulos estresantes traumáticos

La inundación o exposición prolongada, integra una serie de exposiciones al trauma, de manera directa, repetida y prolongada (inundación en vivo) o bien indirecta a través de la imaginación (inundación en vitro o exposición en la imaginación).

La desensibilización sistemática consiste en una exposición progresiva directa (en vivo) o indirecta (en vitro), a una sucesión de estímulos que incitan ansiedad y miedo, donde el sujeto aprende a asociar una respuesta de relajación al estímulo estresor, lo que traerá como consecuencia una disminución de los síntomas. El estímulo asociado a una respuesta de temor y ansiedad, llega a asociarse en este caso, con una respuesta de relajación

La *terapia de procesamiento cognitivo*, fue desarrollada a fin de facilitar la expresión del afecto y la adaptación adecuada del acontecimiento traumático a los esquemas más generales sobre uno mismo y el mundo (Resick & Schnicke, 1993, citado en Caballo, 1997)

Basada en la teoría del procesamiento de la información, esta técnica fue elaborada inicialmente para ser utilizada con víctimas de violación y de delitos; sin embargo, fueron adaptadas a partir de técnicas cognitivas básicas planteadas por Beck & Emery (1985, citado en Caballo, 1997) y han sido aplicables además, para casos de ex combatientes, víctimas de delitos, robos a bancos y de desastres. Chard, Weaver & Resick (1996, citado en Caballo, 1997), realizaron una adaptación para utilizarla con víctimas de abusos sexuales en la infancia, aunque todavía se realizan investigaciones con grupos control de dicha adaptación.

Se requiere que exista expresión de los afectos, ya que al tener acceso a estas emociones que antes fueron evitadas, desaparecerán rápidamente, de modo que la información traumática será procesada para incorporarla a los esquemas.

CAPITULO TRES

METODOLOGÍA

1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema.

De acuerdo a lo señalado en el primer capítulo, los desastres, sean naturales o provocados por el hombre, originan pérdidas materiales y humanas, que afectan a la población en general, requiriendo la intervención inmediata de los organismos responsables para satisfacer las necesidades de salud, de ubicación y de atención psicológica, de tal forma que apresuren la recuperación de los afectados

Las víctimas de situaciones adversas experimentan cambios y alteraciones emocionales que se prolongan durante años, e interfieren con la productividad y el desempeño dentro del medio en el que se desenvuelven; estos corresponden a desórdenes o trastornos de ansiedad, que se definen posteriormente, en trastornos de estrés postraumático.

Nuestro país en los últimos años se ha visto afectado de manera frecuente y mucho más devastadora que en las décadas anteriores, por inundaciones, huracanes y tormentas, las cuales se han constituido en las acciones naturales de mayor peligro en el territorio nacional. Los movimientos telúricos no forman parte de los desastres sobresalientes en el istmo, pero se han presentado con intervalos más pequeños que en otros años, resultando en sismos significativos como el de Bocas del Toro en 1991, David en 2001 y el más reciente, el de Puerto Armuelles, el pasado 25 de diciembre de 2003, con una intensidad de 6.0 grados en la escala Reichter, pero considerado terremoto, por la cantidad de daños materiales provocados en el área

Con tan sólo dos muertes y pérdidas materiales que alcanzaron un aproximado de 2400 viviendas, existe una población numerosa que se encuentra afectada emocionalmente, con síntomas de estrés postraumático, en el que reviven las experiencias a través de pensamientos recurrentes relacionados con el evento, pesadillas, sensaciones de reexperimentación del suceso, conductas de evitación ante lo que evoque el recuerdo de la situación, insomnios, e irritabilidad, entre otros

Si las emergencias y desastres naturales resultan en serias afecciones en la conducta y la personalidad de adultos, jóvenes y niños, nos encontramos frente a la

necesidad de desarrollar servicios apropiados en cada una de las fases de estos eventos adversos como lo son: el antes, durante y después.

Los niños pueden sufrir efectos emocionales y cambios de conducta durante meses o hasta años. Esto puede afectar sus ambientes familiares, debido a la actitud de los niños o de los mismos padres, quienes también pueden haber experimentado experiencias traumáticas como resultado del evento adverso.

La intervención psicológica que se brinde al niño o niña afectado por el trastorno de estrés postraumático, se constituye en un recurso de recuperación eficaz, como mejor soporte emocional para mitigar las situaciones traumáticas.

El programa de intervención psicológica realizado en los niños con TEPT, contempló aspectos terapéuticos de la técnica cognitivo conductual, la cual es considerada como una de las técnicas efectivas en la atención de los trastornos de ansiedad, por su eficacia y rapidez en la obtención de resultados positivos. De igual forma, los pacientes alcanzan un nivel superior de resolución de problemas y adquieren cierta fuerza, por haber sobrevivido a una situación específica y dolorosa.

1.2. Pregunta de Investigación.

Ante tal aseveración nos hacemos las siguientes preguntas:

- ¿Podrá la intervención de tipo cognitivo conductual, disminuir la intensidad del daño emocional causado por la exposición al desastre natural?
- ¿Registrarán los resultados de las postpruebas correspondientes al grupo experimental, menor incidencia de los síntomas del trastorno por estrés postraumático?

1.3. Objetivos de la Investigación.

1.3.1. Objetivo general.

Desarrollar un programa de intervención terapéutica con los niños diagnosticados con estrés postraumático.

1.3.2. Específicos:

- Identificar los síntomas presentados por los niños con estrés postraumático, afectados por desastres naturales, que asisten a la Escuela San Vicente y residen en la barriada El Retorno, en Puerto Armuelles, Provincia de Chiriquí.
- Elaborar historia clínica de cada sujeto.
- Efectuar un programa de tratamiento al grupo señalado como experimental.
- Evaluar la efectividad de la intervención, a través de la aplicación de un cuestionario postprueba a ambos grupos.

1.4. Hipótesis de trabajo

1.4.1. Hipótesis conceptual.

Niños de 7 a 12 años con estrés postraumático debido a la exposición a desastres naturales, presentarán una disminución de los síntomas reportados como resultado de la participación en el Programa de Intervención Terapéutica.

1.4.2. Hipótesis operacional.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones de ambos grupos, debido a la aplicación de un Programa de Intervención Cognitivo-conductual a uno de los grupos.

1.4.3. Hipótesis estadísticas.

Las hipótesis estadísticas fueron elaboradas de acuerdo a los criterios diagnósticos contemplados en la Clasificación de las Enfermedades (DSM IV, 1996), siendo agrupados estos en tres variables que son las siguientes:

- Síntomas de aumento de la activación
- Síntomas de evitación
- Síntomas de reexperimentación

Para cada variable se elaboró una hipótesis, resultando cuatro las asignadas: una al Grupo Experimental, una al Grupo Control y dos al Grupo Experimental versus Grupo Control.

Variable No. 1: Síntomas de aumento de la activación. Grupo Experimental.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, correspondiente al Grupo Experimental.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, correspondientes al Grupo Experimental.

Variable No. 1: Síntomas de aumento de la activación. Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, correspondientes al Grupo Control.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, correspondientes al Grupo Control.

Variable No. 1: Síntomas de aumento de la activación. Grupo Experimental vs Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Variable No. 1: Síntomas de aumento de la activación. Grupo Experimental vs Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la post-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la post-prueba de la Variable: *Síntomas de aumento de la activación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Variable No. 2: Síntomas de evitación. Grupo Experimental.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, correspondiente al Grupo Experimental.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, correspondientes al Grupo Experimental.

Variable No. 2: Síntomas de evitación. Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, correspondientes al Grupo Control.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, correspondientes al Grupo Control

Variable No. 2: Síntomas de evitación. Grupo Experimental vs Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Variable No. 2: Síntomas de evitación. Grupo Experimental vs Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la post-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Ho: No existen diferencias significativas entre las mediciones de la post-prueba de la Variable: *Síntomas de evitación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Variable No. 3: Síntomas de reexperimentación. Grupo Experimental

Hi: Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación*, correspondiente al Grupo Experimental.

Ho: No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación*, correspondientes al Grupo Experimental

Variable No. 3: Síntomas de reexperimentación. Grupo Control

Hi: Existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación*, correspondientes al Grupo Control.

Ho: No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación*, correspondientes al Grupo Control

Variable No. 3: Síntomas de reexperimentación. Grupo Experimental vs Grupo Control.

Hi: Existen diferencias significativas entre las medias de las mediciones de la pre-prueba de la Variable *Síntomas de reexperimentación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Ho: No existen diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación*, entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

Variable No. 3: Síntomas de reexperimentación. Grupo Experimental vs Grupo Control.

- Hi:** Existen diferencias significativas entre las mediciones de la post-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación* entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.
- Ho:** No existen diferencias significativas entre las mediciones de la post-prueba de la Variable: *Síntomas de reexperimentación* entre el Grupo Experimental y el Grupo Control.

1.5. Unidades de observación (variables).

1.5.1. Variable Independiente:

Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual.

1.5.2. Variable Dependiente:

Trastorno por Estrés Postraumático, el cual será medido a través de 3 variables, que consisten en la agrupación de los 19 ítems del cuestionario utilizado como pretest y posttest, los cuales fueron agrupados de la siguiente manera:

- Síntomas de aumento de la activación (ítem 1 al 9).
- Síntomas de evitación (ítem 10 al 14)
- Síntomas de reexperimentación (ítem 15 al 19)

1.6. Estrategia de la Investigación.

1.6.1. Tipo de investigación:

Esta investigación corresponde al tipo experimental, ya que reúne los requisitos para lograr el control y la validez interna, que son. 1) grupos de comparación y 2) equivalencia de los grupos. Se estima la utilización de una o más variables independientes y una o más variables dependientes, con la posibilidad de emplear prepruebas y postpruebas que evalúen la varianza de los grupos antes y después de

la aplicación del tratamiento (Wiersma, 1986 citado en Hernández, Fernández & Baptista, 1997)

1.6.2. Diseño de la Investigación.

Es un diseño de investigación experimental con preprueba-postprueba y grupo control, en el cual se administraron prepruebas a los grupos, para posteriormente efectuar el tratamiento únicamente con el grupo experimental, aplicando al final una postprueba para ambos grupos (Hernández, Fernández & Baptista, 1997)

1.6.3. Control de las variables extrañas.

Hernández, Fernández y Baptista (1997) señalan que el control se logra a través de la utilización de varios grupos de comparación y la equivalencia de los mismos en todo, excepto la manipulación de la variable o las variables independientes. Además, efectuar el control favorece la validez interna de la investigación.

En cuanto a los grupos de comparación, se establecieron dos: uno experimental y otro control; por otro lado, la equivalencia de los grupos fue notable en cuanto a la selección de la muestra con similares características.

- Edades entre 7 y 12 años
- Los sujetos presentaron los síntomas del Trastorno Por Estrés Postraumático (TPET)
- Estudiantes de la Escuela San Vicente en Puerto Armuelles
- Residentes en la Barriada El Retorno del Distrito del Barú.

La equivalencia también se logró a través de la asignación al azar de los Grupos Experimental y Control.

Existen fuentes de invalidación interna que resultan de la exposición a variables extrañas, que colocan en peligro la confianza de que los resultados de la investigación sean válidos. Sugeridas por Campbell y Stanley (1966), Campbell (1975) y Babbie (1979, citados por Hernández, Fernández & Baptista, 1997), se presentan a continuación y a su vez la forma en que fueron controladas:

- *Historia:* Se refiere a los acontecimientos que ocurren durante el desarrollo del experimento y que pueden afectar la variable dependiente y alterar sus resultados.

En cuanto al desarrollo del experimento no hubo ningún cambio, ni irregularidad durante la ejecución del programa que afectara los resultados

- *Maduración:* Son procesos internos de los sujetos que operan como consecuencia del tiempo, tales como el cansancio, hambre, aburrimiento, aumento en la edad que pueden afectar los resultados del experimento.

Como algunas de las sesiones de la semana, los niños debían quedarse después de clases, ya que el salón seleccionado (entiéndase que por la comodidad de los asientos, aire acondicionado y espacio adecuado para el trabajo de grupo) estaba disponible tres días en la semana en la mañana y dos en la tarde, existía la posibilidad de presentarse las variables extrañas del hambre, aburrimiento y cansancio; sin embargo, el centro educativo se comprometió a brindarles almuerzo los días en mención. También se les ofrecía un período de descanso, para posteriormente iniciar la actividad. Es importante señalar que se contó con la aprobación de los participantes, ya que se les advirtió de cómo estas influencias adversas podían disminuir su desempeño en el programa, no obstante, estuvieron de acuerdo, en lugar de efectuar la actividad en otro período y salón.

- *Inestabilidad:* Otras fuentes que invalidan los resultados del experimento es la poca o nula confiabilidad de las mediciones, en las personas seleccionadas o componentes del experimento, o inestabilidad autónoma de mediciones repetidas aparentemente “equivalentes”.

El instrumento utilizado para medición no fue afectado por esta influencia, ya que solamente fue aplicado en las respectivas mediciones (preprueba y postprueba).

- *Instrumentación:* Cuando los cambios en los instrumentos de medición o en los observadores participantes afectan los resultados del experimento, nos encontramos frente a otra fuente de invalidación.

El instrumento fue utilizado en ambos grupos y ambas mediciones

- *Regresión estadística:* Es el efecto producido por la tendencia de los sujetos seleccionados a regresar a un promedio en la variable en la que fueron seleccionados.

En este caso fue controlada con la utilización del grupo de comparación

- *Selección:* Este efecto se presenta cuando en los grupos no existe equivalencia.

Los grupos asignados respectivamente poseen las mismas características, además de que su distribución fue aleatoria, lo cual no permite la posibilidad de una selección tendenciosa.

- *Mortalidad experimental:* Se refiere a diferencias en la pérdida de participantes entre los grupo comparados.

No hubo mortalidad experimental durante el desarrollo del experimento

- *Interacción entre selección y maduración:* Se trata de un efecto de maduración que no es igual en los grupos del experimento, debido a algún factor de selección.

En la selección de los grupos se consideró esta influencia y no existió ninguna variable de maduración que haya afectado los resultados del experimento.

1.7. Conceptos de Población y Muestra.

1.7.1. Población objetivo.

Niños y niñas que asisten a la Escuela San Vicente y residen en la Barriada El Retorno del Distrito del Barú, Provincia de Chiriquí, y además presentan síntomas de estrés postraumático, con edades oscilantes entre 7 y 12 años.

1.7.2. Población muestral.

Niños y niñas que asisten a la Escuela San Vicente y residen en la Barriada El Retorno, del Distrito del Barú, Provincia de Chiriquí, cuyas edades oscilan entre

los 7 y 12 años, y que al ser evaluados clínicamente, en base a la Clasificación de las Enfermedades Mentales (DSM IV, 1996), presentaron el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, el cual registra los siguientes criterios:

- Haber experimentado, presenciado o le han explicado acontecimientos relacionados con muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- Muestra comportamientos desestructurados.
- Reexperimenta persistentemente el evento traumático a través de recuerdos recurrentes que le provocan malestar, sueños recurrentes sobre el hecho traumático, tiene la sensación de que está reviviendo la experiencia, malestar psicológico al exponerse a algún estímulo que evoque recuerdos del desastre, respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el evento (debe registrar uno o más síntomas).
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma: evitación de pensamientos, recuerdos, conversaciones, actividades, lugares personas que revivan recuerdos, incapacidad, para recordar un aspecto importante del trauma, disminución del interés o participación en actividades significativas; sensación de desapego o enajenación frente a los demás; restricción de los afectos y desesperanza (registrar tres o más de los síntomas señalados).
- Síntomas tales como: insomnio, irritabilidad o ataques de ira, dificultad para la concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto (indicar dos o más de los síntomas).

1.7.3. Muestra.

Luego de haber obtenido una población de 36 niños residentes en el Barrio El Retorno y estudiantes de la Escuela San Vicente, referidos por los maestros del centro en mención; se procedió a realizar las entrevistas clínicas, de las cuales se obtuvieron 24 casos que presentaban el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

Se procedió a distribuir los grupos experimental y control aleatoriamente, a través del método tómbola, quedando conformado ambos, con un total de 12 niños respectivamente

1.7.4. Criterios de Exclusión durante el tratamiento.

- Padecer síntomas asociados al estrés postraumáticos desde antes del 25 de diciembre de 2003, o que no estén relacionados con este desastre natural.
- Presentar otro Trastorno de Ansiedad que no sea el de estrés postraumático, según lo establece la Clasificación de la Enfermedades Mentales (DSM IV).
- Inasistencia a cuatro sesiones.

1.8. Instrumento.

El instrumento utilizado, es un cuestionario elaborado sobre la base de los síntomas descritos en el DSM IV y la revisión de algunos cuestionarios utilizados por Servicios de Salud Mental en Desastres, en especial el *Listado de los síntomas Pediátricos (PSC)*, versión para niños y adolescentes, utilizado como una medida de ansiedad y angustia en niños de cuatro a dieciséis años, presentado en el Manual *Enfrentando el Desastre, Una guía para la intervención psicosocial* (Ehrenreich, 1999) entre otros; estimando además, las entrevistas clínicas realizadas a los casos diagnosticados en la Escuela San Vicente, en las cuales fue notable, la ausencia general de síntomas relacionados con incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma y con respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; items que no fueron contemplados en el cuestionario.

El cuestionario utilizado como Pre-prueba y Post-prueba, contiene los siguientes items:

- *Síntomas de aumento de la activación (1-9):*
 1. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado.
 2. Tengo problemas para dormir.
 3. Me despierto constantemente en la noche.

- 4 Me siento irritado o enojado.
 5. Sufro ataques de ira.
 6. Me cuesta poner atención y concentrarme.
 7. Me distraigo con facilidad.
 - 8 Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc), es decir estoy sobrevigilante.
 9. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente.
- *Síntomas de evitación (10-14):*
 - 10 Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre
 11. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre.
 12. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos.
 13. Me siento sin esperanzas.
 - 14 Me siento triste e infeliz.
 - *Síntomas de reexperimentación (15-19):*
 15. Pienso mucho sobre las cosas malas que me han pasado.
 16. Pensamientos de miedo se meten en mi cabeza con frecuencia.
 17. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y algunos de ellos relacionados con el sismo.
 - 18 Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la experiencia del terremoto.
 19. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a situaciones que me recuerdan el desastre.

1.9. Diseño Estadístico.

Las mediciones estadísticas fueron realizadas con las pruebas no paramétricas:

- Prueba de Mann-Whitney. Utilizada para comparar los resultados de las prepruebas y postpruebas de los Grupos Experimental y Control.

- Prueba de Wilcoxon Para realizar las comparaciones de los resultados entre las prepruebas y postpruebas de cada grupo respectivamente.

Es necesario mencionar que ambas pruebas estadísticas son útiles para analizar resultados de instrumentos no estandarizados, como el que se aplicó en el presente experimento, pues no requieren cumplir con los supuestos de distribución normal de las pruebas paramétricas, como por ejemplo, la *t* de student.

1.10. Procedimiento.

Luego de establecer el diseño de la investigación, se realizó una visita de consulta a la Dirección Regional del Servicio Nacional de Protección Civil (SINAPROC) en David, Provincia de Chiriquí, con el objetivo de conocer las áreas más afectadas del distrito del Barú, el día 26 de enero de 2004. A través del director encargado, Lic Donderis, se estableció contacto con el director del SINAPROC del Distrito del Barú, Sr Giovanni Barria, para efectuar al día siguiente, una observación preliminar al área con mayores daños materiales: la Barriada El Retorno.

En esta visita se entrevistaron 15 familias que compartieron acerca de la experiencia vividas durante el sismo, expresando observar en algunos de sus miembros, siendo la mayoría de los casos niños y niñas, dificultades para dormir, pesadillas y algunos cambios en el comportamiento, que fueron notables a partir de la ocurrencia del desastre natural.

Es importante señalar que la inspección efectuada se realizó un mes y dos días posteriores al sismo ocurrido el 25 de diciembre de 2003, para que se considerara la posible existencia de síntomas de estrés postraumático y no de estrés agudo, el cual se presenta a partir del evento adverso y posee una duración de un mes.

En abril de 2004, se solicitó autorización al Director Manuel Rojas, encargado de la Escuela San Vicente, para ejecutar el diseño experimental en este centro educativo. Al obtener la autorización correspondiente, se realizó una reunión con el grupo de maestros, a fin de determinar la selección de los niños residentes en la Barriada El Retorno. Luego de establecida la población de niños moradores del barrio en mención (36 niños y niñas), se procedió a realizar las entrevistas clínicas basadas en

los criterios a, b, c, y d del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), de los cuales se obtuvo una muestra de 24 niños y niñas con los síntomas descritos en los criterios antes mencionados.

Al distribuirse aleatoriamente los grupos experimental y control, a través del método tómbola, se determinó la fecha para la aplicación de la preprueba a ambos grupos respectivamente. Luego de la primera medición, la cual se realizó en dos sesiones. una con el grupo experimental y otra con el grupo control, en días diferentes, pero a la misma hora y salón designado, se procedió a iniciar el programa de tratamiento con el grupo experimental

Finalizadas las doce sesiones de tratamiento, se aplicó la postprueba a ambos grupos, de manera similar a la primera medición.

Se debe señalar que posterior a la atención del grupo experimental, se efectuó el programa de intervención terapéutica con el grupo control.

Por último, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes.

CAPITULO CUATRO
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados del Programa de Intervención Terapéutica aplicado a niños de los grupos experimental y control, con síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), con el objetivo de demostrar la efectividad del tratamiento, a través de la disminución de los síntomas del estrés postraumático de la muestra seleccionada

La presentación inicia con la Tabla I, que describe las características según sexo, edad y escolaridad de ambos grupos, con la intención de demostrar la distribución de estas en la población seleccionada. Las tres gráficas posteriores realizan la comparación de estas características, entre los grupos experimental y control, con el objetivo de demostrar equivalencia entre ambos grupos.

La Tabla II contiene las puntuaciones brutas de ambos grupos, obtenidas en las dos mediciones realizadas: preprueba y postprueba, de acuerdo a las tres áreas en las que fueron clasificadas las respuestas: área de los síntomas de aumento de la activación, área de los síntomas de evitación y área de los síntomas de reexperimentación.

La Tabla III, contiene parte de los resultados analizados, de acuerdo a la Prueba Estadística de Mann-Whitney, que examinó las comparaciones entre los grupos (experimental y control); mientras que el resto de los resultados fueron analizados por la Prueba de Wilcoxon, utilizada en las comparaciones realizadas dentro del mismo grupo, como es el caso de los resultados de la preprueba vs postprueba de cada grupo en particular. También incluye los niveles de confiabilidad alcanzados por cada medición y si aprueba o no la hipótesis nula.

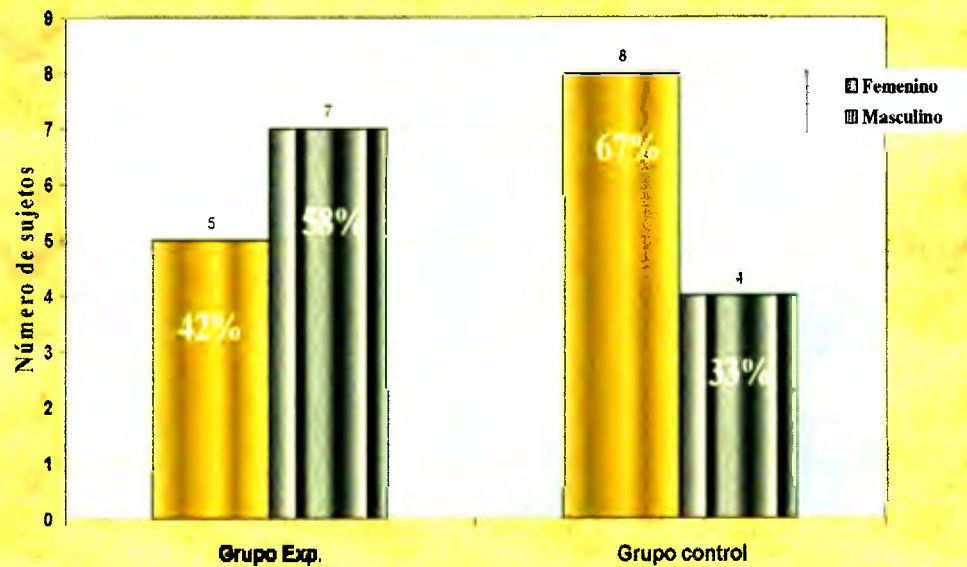
Se exponen a continuación, una serie de gráficas, que indican las comparaciones de las puntuaciones brutas de las prepruebas y postpruebas de cada grupo, las comparaciones de las prepruebas entre ambos grupos, al igual que de las postpruebas respectivamente; así como tablas de las puntuaciones medias, para confirmar las diferencias significativas o similitudes de las puntuaciones presentadas.

TABLA I. DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL SEGÚN SEXO, EDAD Y ESCOLARIDAD

SUJETO	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD
E-1	F	10	IV grado
E-2	M	11	VI grado
E-3	M	9	V grado
E-4	F	10	V grado
E-5	M	11	VI grado
E-6	F	11	VI grado
E-7	M	11	VI grado
E-8	F	9	III grado
E-9	M	8	III grado
E-10	F	10	V grado
E-11	M	9	V grado
E-12	M	8	III grado
C-1	F	9	IV grado
C-2	M	8	III grado
C-3	F	9	V grado
C-4	F	8	IV grado
C-5	M	10	V grado
C-6	F	9	IV grado
C-7	F	7	II grado
C-8	F	10	VI grado
C-9	F	10	V grado
C-10	F	10	V grado
C-11	M	7	II grado
C-12	M	8	III grado

*Tabla sobre la descripción de los grupos experimental y control según sexo, edad y escolaridad
Elaborada por la psicóloga Jacqueline Solís R. /2004*

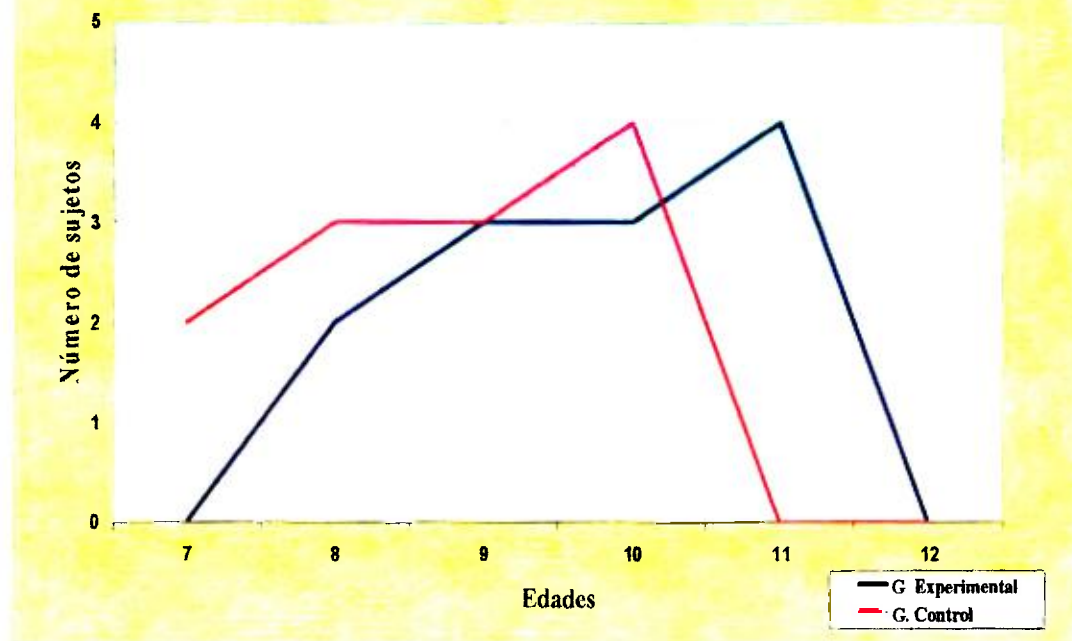
Gráfica No. 1. Comparación de los Grupos Experimental y Control de acuerdo al sexo



En la gráfica No. 1, se puede observar una distribución más cercana a la equivalencia en el Grupo Experimental que en el Grupo Control, reflejándose en este último una diferencia de 34%, lo cual se adjudica a la clasificación al azar utilizada para la asignación de ambos grupos.

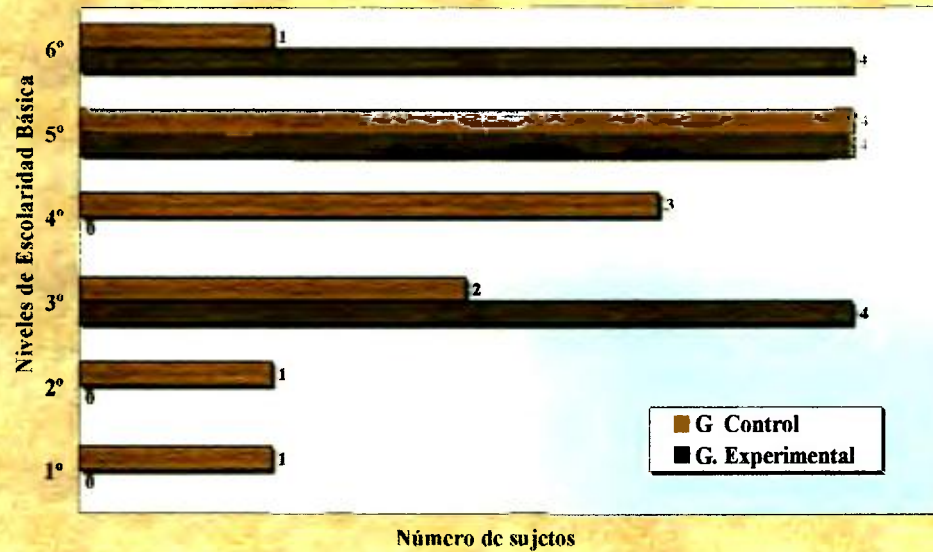
Es importante destacar, que la muestra seleccionada estuvo conformada por 14 niñas y 10 varones. En cuanto al TEPT y la característica sexo, existen estudios que demuestran una prevalencia de 3 al 15% en las niñas y de 1 al 6% en los varones, lo cual sugiere que el sexo femenino es más propenso a desarrollar esta sintomatología (Hamblen, 1998).

**Gráfica No. 2. Comparación de los Grupos
Experimental y Control según edad**



En la Gráfica No. 2 sobresale una distribución similar de las edades de los sujetos en ambos grupos, con la diferencia de que el rango donde inician cada grupo (g. experimental: 7 -11 años; g. control: 8-12 años), difiere de tan sólo un año. Podemos decir que en lo referente al concepto de madurez cronológica, no existe diferencia significativa entre los grupos experimental y control.

Gráfica No. 3. Comparación de los Niveles de Escolaridad Básica de los Grupos Experimental y Control



La gráfica No. 3 revela una distribución equitativa del grupo experimental en los grados III, V y VI en un 33.3% respectivamente. No obstante, se observa en el grupo control una distribución mayor de los sujetos en los grados III (16%), IV (25%) y V (33%), representando más del 50% en los niveles básicos superiores, por lo que no se podría considerar este grupo, inferior al grupo experimental en cuanto a formación académica.

**TABLA No. II. PUNTUACIONES BRUTAS OBTENIDAS EN LAS
PREPRUEBAS Y POSTPRUEBAS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y
GRUPO CONTROL**

SUJETOS GRUPO EXPERIMENTAL	AREA I SINTOMAS DE AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN		AREA II SÍNTOMAS DE EVITACION		AREA III SINTOMAS DE REEXPE- RIMENTACION	
	PRE PRUEBA	POST PRUEBA	PRE PRUEBA	POST PRUEBA	PRE PRUEBA	POST PRUEBA
E1	7	2	4	0	5	0
E2	4	2	4	1	2	1
E3	5	3	3	0	3	1
E4	6	2	5	2	4	1
E5	5	0	4	0	5	0
E6	5	2	4	0	4	0
E7	9	0	5	1	5	2
E8	8	0	5	0	4	0
E9	8	4	4	3	3	2
E10	7	5	2	2	4	4
E11	4	0	1	0	3	0
E12	5	2	2	0	1	0

C1	8	9	5	5	5	4
C2	5	3	3	3	3	2
C3	9	9	4	5	5	5
C4	4	4	1	4	2	2
C5	9	9	5	5	5	5
C6	2	5	3	3	1	3
C7	9	9	5	4	5	4
C8	5	4	2	3	3	4
C9	7	7	2	3	4	5
C10	7	8	2	4	4	5
C11	4	4	4	2	3	2
C12	9	9	5	5	5	5

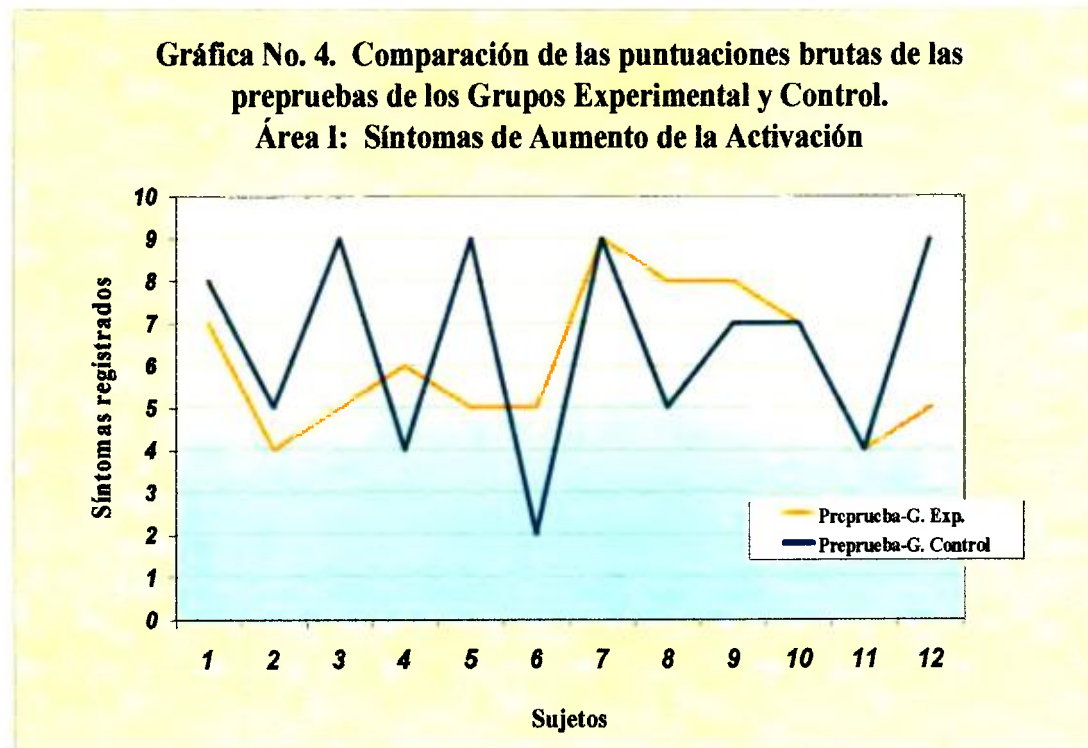
*Tabla sobre Puntuaciones Brutas obtenidas en las Prepruebas y Postpruebas de los Grupos Experimental y Control
Elaborada por la psicóloga Jacqueline Solís R /2004*

**TABLA III. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS
SEGÚN LAS PRUEBAS DE MANN WHITNEY Y DE WILCOXON**

AREAS		Comparación	Estadístico de prueba	Resultado	Alfa = 0.05 2 colas	Conclusión
AREA I	Síntomas de aumento de la activación	Pretest Gexp. Vs Pretest Gcont.	U de Mann Whitney	62	27	No rechazar Ho: igualdad de grupos
AREA II	Síntomas de Evitación	Pretest Gexp. Vs Pretest Gcont.	U de Mann Whitney	68,5	27	No rechazar Ho: igualdad de grupos
AREA III	Síntomas de reexperimentación	Pretest Gexp. Vs Pretest Gcont.	U de Mann Whitney	65	27	No rechazar Ho: igualdad de grupos
AREA I	Síntomas de aumento de la activación	Postest Gexp. Vs Postest Gcont.	U de Mann Whitney	7,5	72	Rechazar Ho: diferencia significativa entre grupos
AREA II	Síntomas de Evitación	Postest Gexp. Vs Postest Gcont.	U de Mann Whitney	4	72	Rechazar Ho: diferencia significativa entre grupos
AREA III	Síntomas de reexperimentación	Postest Gexp. Vs Postest Gcont.	U de Mann Whitney	8,5	72	Rechazar Ho: diferencia significativa entre grupos
AREA I	Síntomas de aumento de la activación	Pretest Gexp. Vs Postest Gexp.	W de Wilcoxon	0	14	Rechazar Ho: diferencia significativa
AREA II	Síntomas de Evitación	Pretest Gexp. Vs Postest Gexp.	W de Wilcoxon	0	11	Rechazar Ho: diferencia significativa
AREA III	Síntomas de reexperimentación	Pretest Gexp. Vs Postest Gexp.	W de Wilcoxon	0	14	Rechazar Ho: diferencia significativa
AREA I	Síntomas de aumento de la activación	Pretest Gcont. Vs Postest Gcont.	W de Wilcoxon	6	1	No se puede decidir 7 empates (n=5)
AREA II	Síntomas de Evitación	Pretest Gcont. Vs Postest Gcont.	W de Wilcoxon	8	2	No rechazar Ho: igualdad de mediciones
AREA III	Síntomas de reexperimentación	Pretest Gcont. Vs Postest Gcont.	W de Wilcoxon	8	4	No rechazar Ho: igualdad de mediciones

*Tabla sobre el Análisis de los Resultados
Elaborada por la magister Elsa Fajardo
2004*

De acuerdo a la Tabla III, se observan diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones de las mediciones de los postests entre los grupos experimental y control y entre las comparaciones de las mediciones del pretest y posttest del grupo experimental. En virtud de la validez interna, no evidenciamos diferencias significativas entre los grupos antes de la intervención terapéutica; ni tampoco se confirma mejoría del grupo control, en cuanto a los síntomas del estrés postraumático.



La gráfica No. 4, muestra los resultados brutos de las prepruebas realizadas a ambos grupos, de acuerdo a la agrupación de síntomas correspondientes al Área I (síntomas de aumento de la activación). Estos resultados revelan la condición inicial de los sujetos previa a la realización del programa con el grupo experimental. La prueba de Mann Whitney reflejó homogeneidad en los resultados, condición observada en ambos grupos, en la medición de la preprueba. Con base a la regla de decisión que establece que de ser menor el valor de U en comparación al valor crítico de U_t

(tabulado), para rechazar H_0 y aceptar la H_a ; se confirma que no hubo diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos

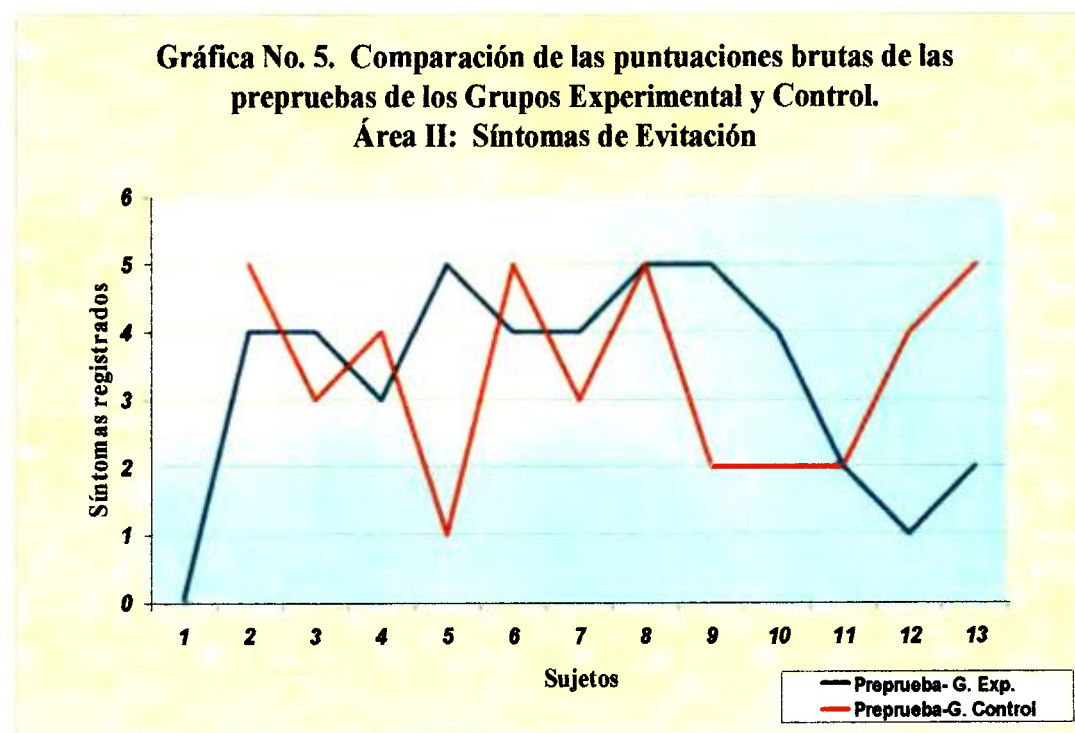
$U < U_t =$ Rechazar H_0

$(62) > (27) =$ Igualdad de grupos

A continuación la Tabla IV expone las puntuaciones medias según los resultados de las mediciones de las prepruebas entre los grupos experimental y control, correspondientes a cada una de las tres áreas mencionadas. Según las medias de ambos grupos en cuanto al área de aumento de la activación, no se evidencia diferencia significativa entre ambas mediciones.

TABLA IV. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS PREPRUEBAS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL

Grupos	Área I (\bar{x})	Área II (\bar{x})	Área III (\bar{x})
Experimental	6.08	3.5	3.5
Control	6.5	3.4	3.7



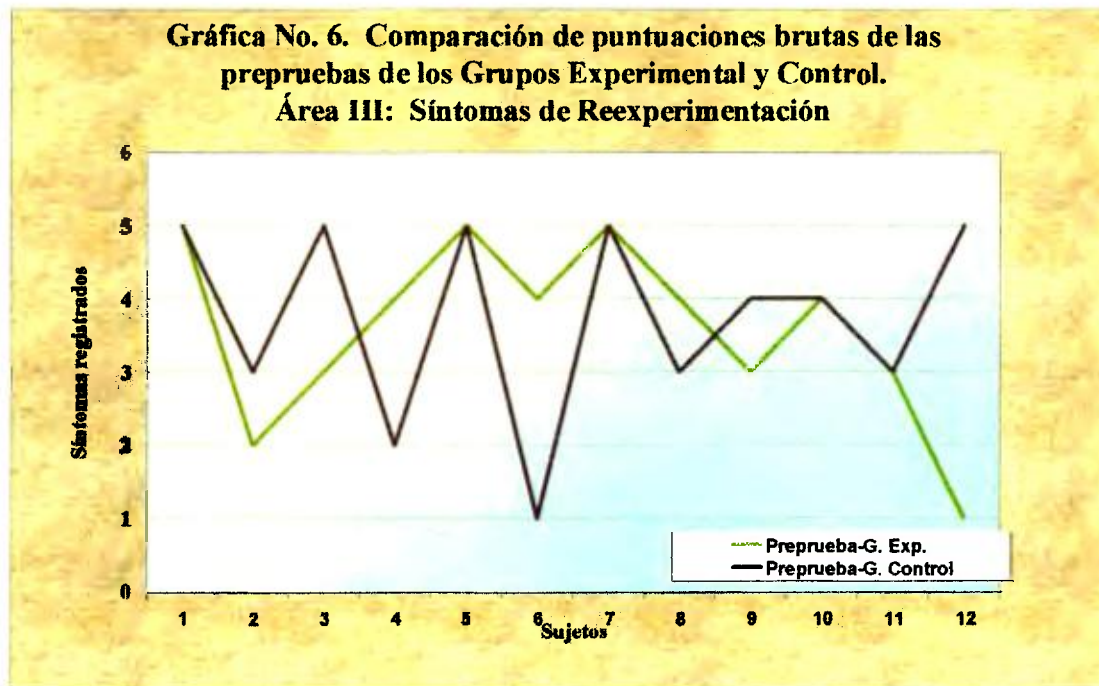
La Gráfica No. 5 demuestra la distribución de las puntuaciones brutas de las prepruebas entre ambos grupos, en cuanto al Área II, síntomas de evitación, que apunta hacia la similitud experimental, lo cual demostraron los resultados de la Prueba de Mann Whitney:

$U < U_t \Rightarrow$ Rechazar H_0

$68.5 > 27 =$ Igualdad de grupos

Las puntuaciones medias también reflejan homogeneidad entre sus resultados según la Tabla IV: \bar{x} (g. exp.) = 3.5

\bar{x} (g. control) = 3.4



En la Gráfica No. 6, los resultados de las prepruebas entre ambos grupos, correspondientes al área de los síntomas de reexperimentación, muestran homogeneidad en la distribución de los síntomas de cada grupo, comprobada por la Prueba de Mann Whitney:

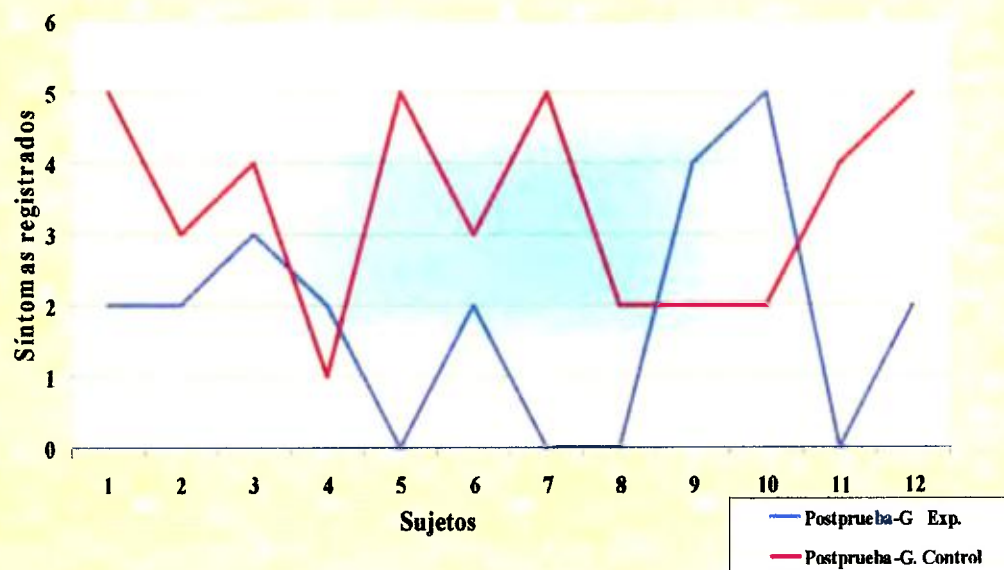
$U < U_t = \text{Rechazar } H_0$

$65 > 27 \approx \text{Igualdad de grupos}$

Como se puede observar en la Tabla IV, no existe diferencia significativa entre las medias de ambos grupos con respecto al Área III: $\bar{x}(\text{g. exp}) = 3.5$

$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.7$

**Gráfica No. 7: Comparación de las puntuaciones brutas de las postpruebas de los Grupos Experimental y Control.
Área I: Síntomas de Aumento de la Activación**



La gráfica No. 7 expone la diferencia significativa de las postpruebas entre el grupo experimental y el grupo control, con respecto al área I. Se puede observar que en el grupo experimental, el mínimo de síntomas registrados fue de 75% (0-2); mientras que en el grupo control el 50% reportó el máximo de síntomas (4-5) y un mínimo de 25% (0-2). El análisis estadístico realizado por la prueba de Mann Whitney confirmó la diferencia significativa de los grupos:

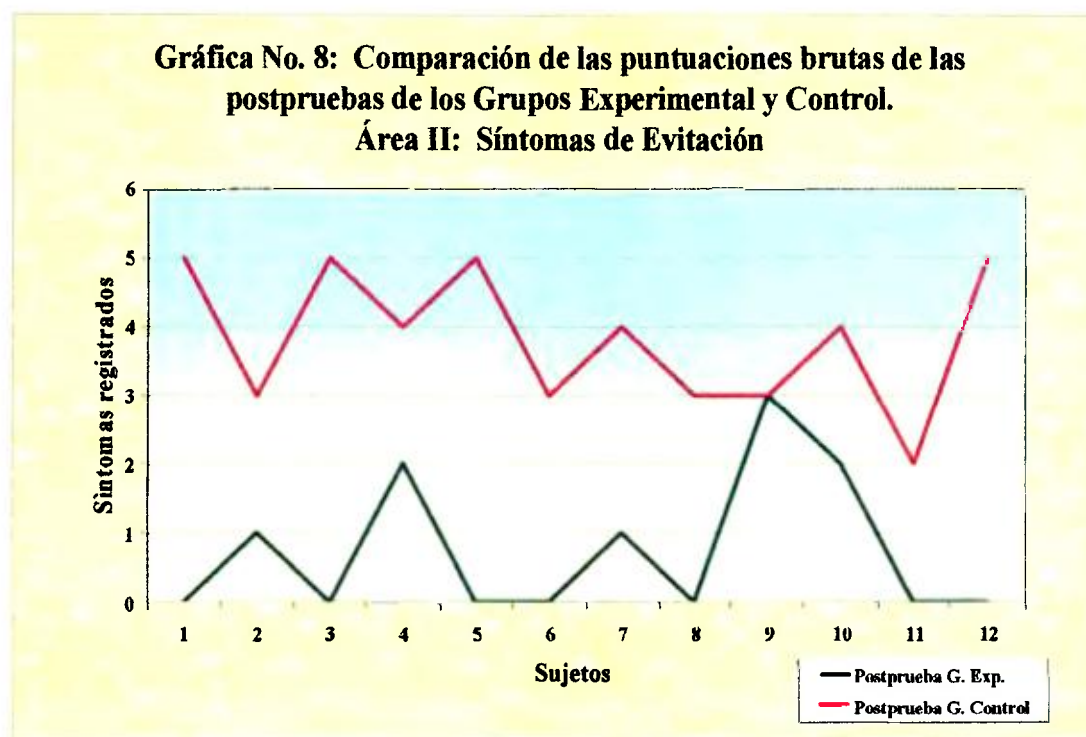
$U < U_t = \text{Rechazar } H_0$

$7.5 < 72 = \text{Rechazar } H_0/\text{Diferencia significativa entre los grupos}$

Al comparar las medias de las puntuaciones brutas de las postpruebas de ambos grupos en el Área I, se observa diferencia significativa, en donde es notable la disminución de síntomas en el grupo experimental, como se observa en la Tabla V.

TABLA V. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS POSTPRUEBAS DE LOS GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL

Grupo	Área I (\bar{x})	Área II (\bar{x})	Área III (\bar{x})
Experimental	1.8	0.75	0.91
Control	6.6	3.83	3.83



De igual forma las gráficas No. 8 y 9, exponen las diferencias existentes entre las puntuaciones brutas de las postpruebas de los grupos experimental y control, observándose que el grupo experimental reportó un mínimo de síntomas de 91.6% (0-2), mientras que el grupo control registró un máximo de respuestas de 58.3% (4-5) y un mínimo de 41.6% (3-4), en cuanto a los síntomas de evitación. La gráfica 9 (áreas III), demuestra un registro de 91.6% para el mínimo de respuestas (0-2) en el grupo experimental; mientras que el grupo control reportó 58.3% en el máximo de respuestas (4-5) y un mínimo de respuestas (2-3) de 41.6%. La prueba de Mann Whitney

demostró las diferencias significativas en los grupos de acuerdo a las dos áreas señaladas:

Síntomas de evitación:

$U < U_t = \text{Rechazar } H_0$

$4 < 72 = \text{Rechazar } H_0/\text{Diferencia significativa entre los grupos}$

Síntomas de reexperimentación:

$U < U_t = \text{Rechazar } H_0$

$8.5 < 72 = \text{Rechazar } H_0/\text{Diferencia significativa entre los grupos}$

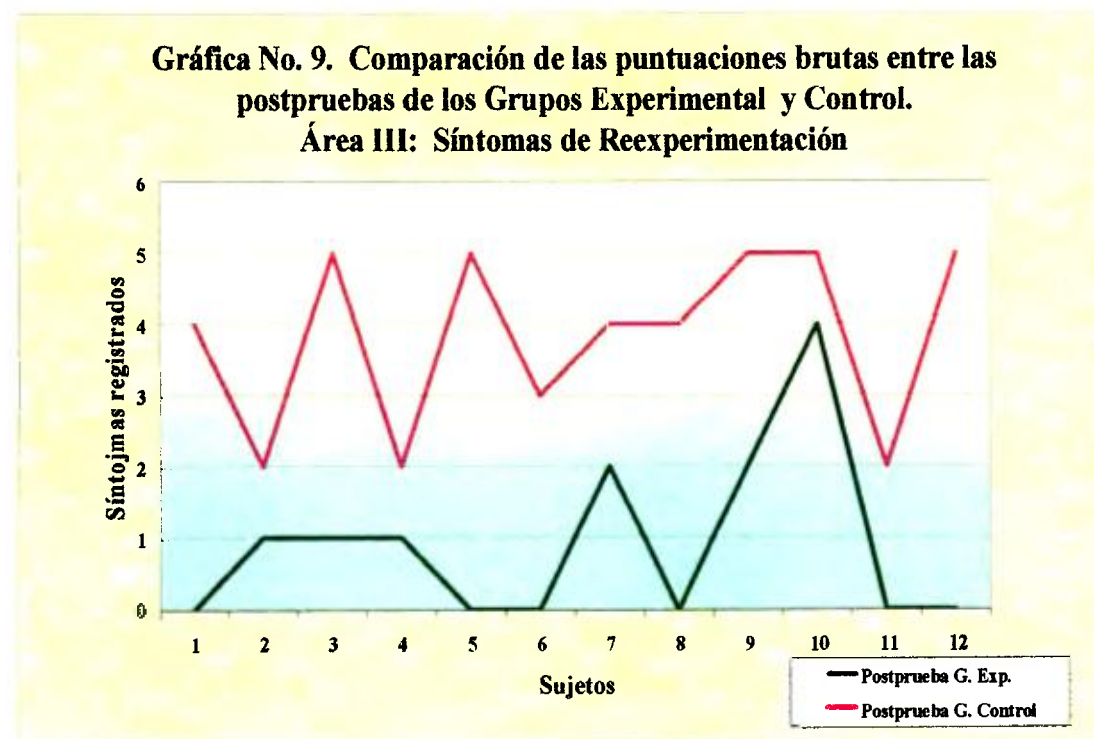
La comparación entre ambas medias, según se observa en la Tabla V, confirma la diferencia significativa, en donde el grupo experimental presenta disminución de los síntomas en las dos áreas restantes (evitación y reexperimentación):

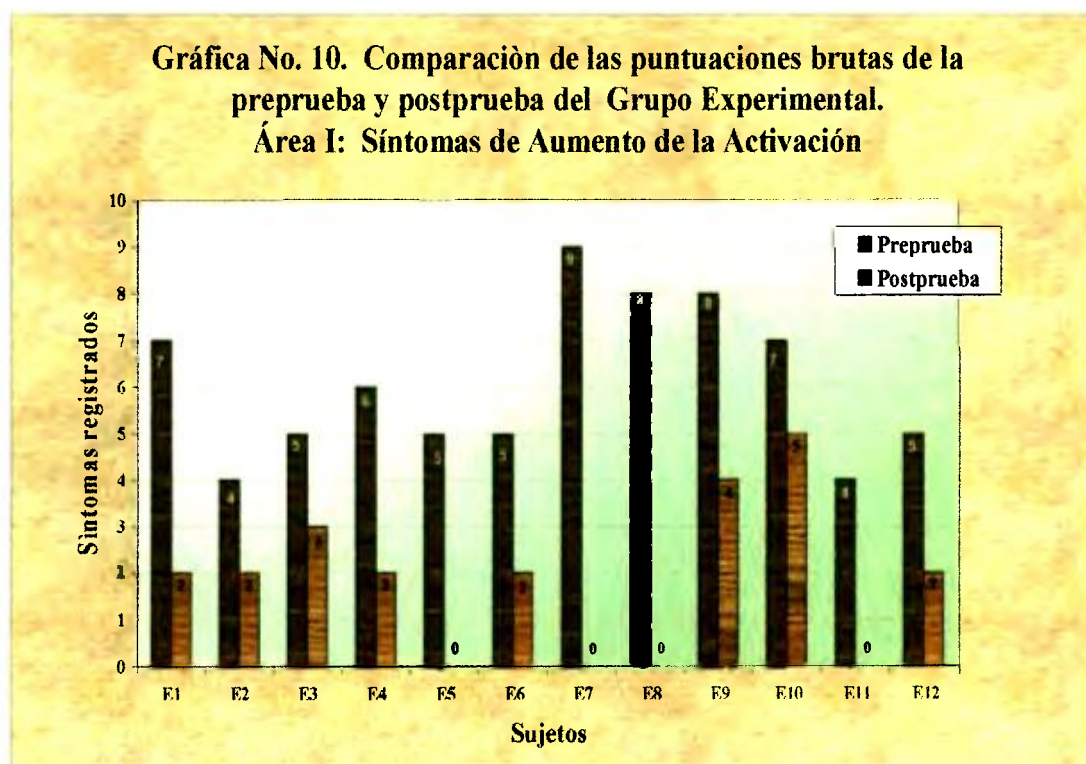
Área II: $\bar{x}(\text{g. exp}) = 0.75$

Área III: $\bar{x}(\text{g. exp}) = 0.91$

$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.83$

$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.83$





La gráfica No. 10, corresponde a la comparación entre las puntuaciones de las prepruebas vs postpruebas del grupo experimental del Área I. En la primera medición, 50% de los sujetos, registraron un mínimo de síntomas (4-5) y 25%, un máximo de síntomas (7-8); mientras que en la segunda medición, un 16.6% se registra como valor máximo (4-5 síntomas) y 75% como valor mínimo (0-2 síntomas), siendo notable una disminución de los síntomas en las postpruebas.

La regla de decisión según la prueba de Wilcoxon, establece que si el valor de T_{min} es menor o igual al valor crítico de T_t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola, se puede rechazar H_0 y aceptar la H_a :

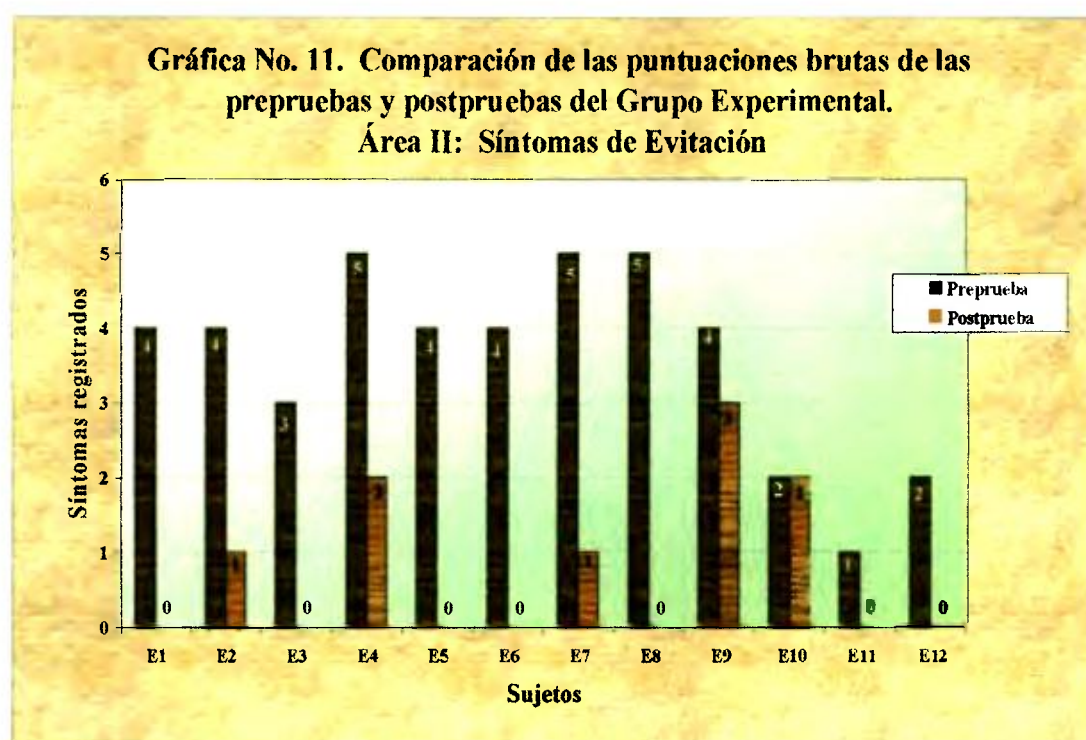
$$T_{min} \leq T_t \rightarrow \text{Rechazar } H_0$$

$$0 \leq 14 \rightarrow \text{Rechazar } H_0. \text{ Diferencias significativas}$$

El análisis estadístico a través de la prueba de Wilcoxon, demostró la diferencia significativa en los resultados de las prepruebas y postpruebas. De igual forma, las puntuaciones medias revelan la diferencia entre las puntuaciones, confirmando la disminución de síntomas en las postpruebas (Ver Tabla VI).

**TABLA VI. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS PREPRUEBAS Y
POSTPRUEBAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL**

Grupo	Área I (\bar{x})	Área II (\bar{x})	Área III (\bar{x})
Experimental	1.83	0.75	0.91
Control	6.08	3.58	3.58



Las gráficas 11 y 12, sugieren una diferencia entre los resultados de las prepruebas y postpruebas, al mostrar las puntuaciones brutas de ambas áreas (Síntomas de evitación y de reexperimentación) en función a una disminución de síntomas en la segunda medición. Según los síntomas registrados en el área II, en las prepruebas, el máximo de respuestas (4-5) representó un 66.6% y el mínimo (1-2) un 25%; mientras que en las postpruebas sobresale como mínimo de respuestas (0-2) un 91.6%.

La prueba de Wilcoxon confirma la diferencia significativa, en donde se rechaza la hipótesis de igualdad de grupos y se acepta la hipótesis alterna:

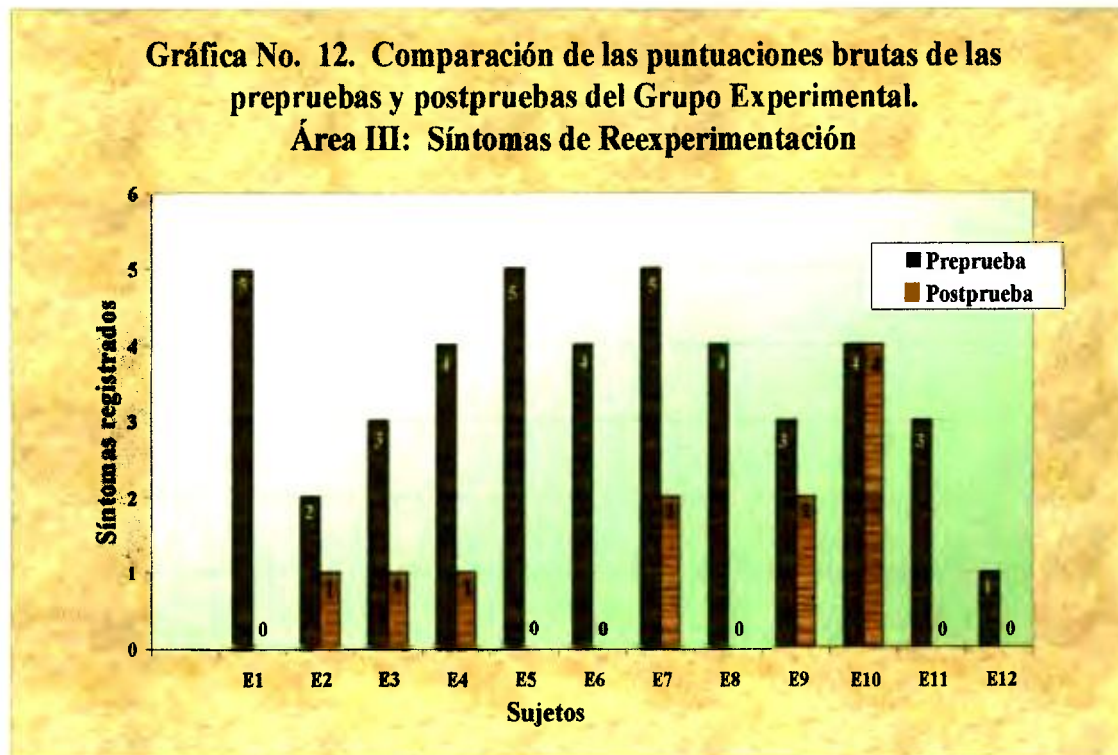
$$T_{\min} \leq T_t \rightarrow \text{Rechazar } H_0$$

$$0 \leq 11 \rightarrow \text{Rechazar } H_0. \text{ Diferencias significativas}$$

El análisis de las puntuaciones medias, refleja con claridad la disminución de los síntomas en las postpruebas del grupo experimental (Ver Tabla VI):

$$\bar{x}(\text{g. exp}) = 0.75$$

$$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.83$$



En el área III, las prepruebas registraron un máximo de respuestas (4-5) en un 58.3% y un mínimo (3-4) de 33%; mientras que en las postpruebas el mínimo de respuestas (0-2) ocupó el mayor porcentaje, 91.8% de las respuestas registradas.

La prueba de Wilcoxon también señala diferencias significativas en ambas mediciones:

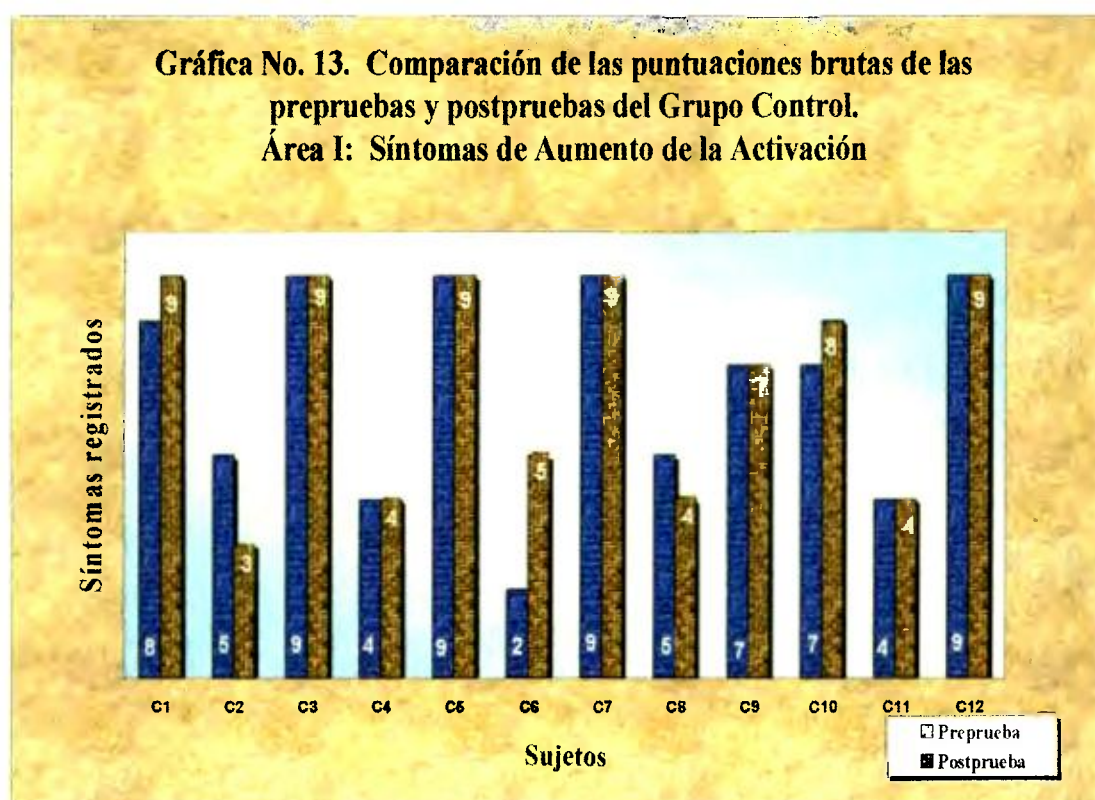
$$T_{min} \leq T_t \rightarrow \text{Rechazar } H_0$$

$$0 \leq 14 \rightarrow \text{Rechazar } H_0. \text{ Diferencias significativas}$$

Las puntuaciones medias evidencian que el grupo experimental obtuvo menor cantidad de respuestas en comparación al grupo control, lo cual puede atribuirse a la influencia del tratamiento:

$$\bar{x}(\text{g. exp}) = 0.91$$

$$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.83$$

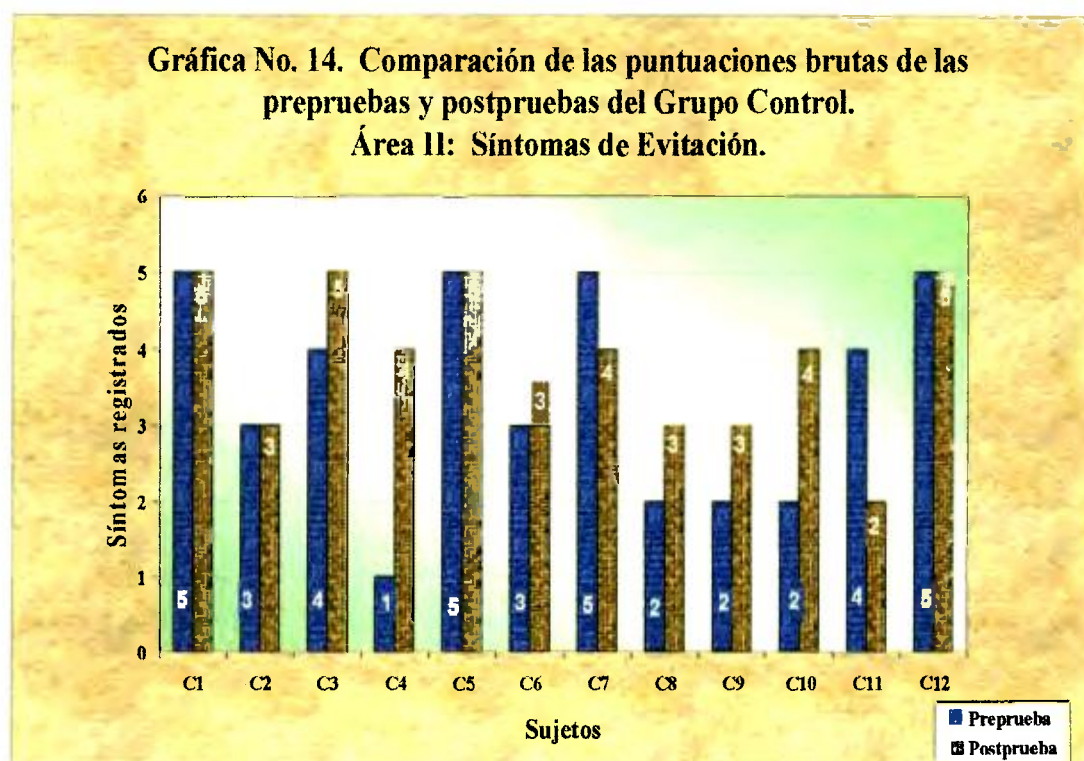


En esta gráfica son notables 7 empates, por lo que a nivel estadístico no se pudo determinar la diferencia significativa; sin embargo, al persistir la uniformidad de los resultados en ambas mediciones, sugiere que no hubo mejoría de los síntomas en la mayoría de los sujetos (Ver Tabla III). Es importante mencionar que este empate surge por la ausencia de respuestas en algunos ítems, lo cual no permitió determinar con validez la diferencia de resultados en ambas mediciones del grupo control.

De considerarse la comparación de las puntuaciones medias se confirmaría la homogeneidad en los resultados de las prepruebas y postpruebas (Ver Tabla VII).

TABLA VII. PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS PREPRUEBAS DEL GRUPO CONTROL

Grupo	Área I (\bar{x})	Área II (\bar{x})	Área III (\bar{x})
Experimental	6.5	3.41	3.75
Control	6.66	3.83	3.83



Aquí se observa la perseverancia de los resultados en ambas mediciones. En la primera medición las puntuaciones máximas (4-5 síntomas) de la prepruebas alcanzan un 50% y las mínimas (1-2) un 33.3%; mientras que en las postpruebas las puntuaciones máximas (4-5) fueron representadas por un 58.3% y las mínimas por un

8.3%, lo cual sugiere que pudo haber un aumento de los síntomas frente a la ausencia de intervención terapéutica.

La prueba estadística de Wilcoxon apunta hacia la similitud de los grupos:

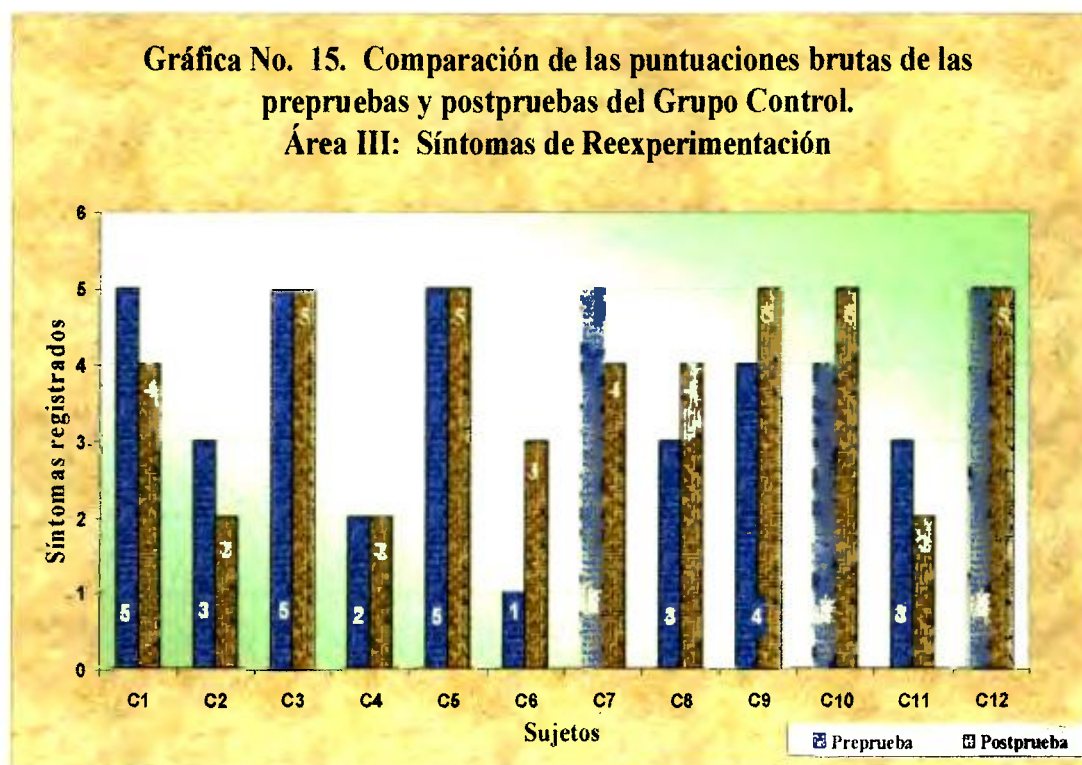
$T_{min} \leq T_t \rightarrow$ Rechazar H_0

$8 > 2 \rightarrow$ No rechazar H_0 . Igualdad de grupos

En cuanto a la comparación de las puntuaciones medias no se observa variabilidad significativa entre ambas mediciones (Ver Tabla VII):

$\bar{x}(\text{g. exp}) = 3.41$

$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.83$



La Gráfica No. 15, presenta los resultados de las prepruebas que alcanzan una puntuación máxima (4-5) de 65% y una mínima (1-2) de 16.6%; mientras que los resultados de las postpruebas señalan puntuaciones máximas (4-5) de 58.3% y mínimas (1-2) de 16.6%, lo cual sugiere la perseverancia de los resultados entre las dos mediciones.

De igual forma la prueba de Wilcoxon confirma la similitud de las puntuaciones de ambas mediciones:

$$T_{\min} \leq T_t \rightarrow \text{Rechazar } H_0$$

$$8 > 4 \rightarrow \text{No rechazar } H_0. \text{ Igualdad de grupos}$$

Las comparaciones de las puntuaciones medias muestran homogeneidad en los resultados, lo que sugiere una perseverancia de los síntomas por ausencia de tratamiento:

$$\bar{x}(\text{g. exp}) = 3.75$$

$$\bar{x}(\text{g. control}) = 3.83$$

2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Luego de la presentación de los resultados obtenidos, procederemos a su discusión y análisis, con el objetivo de determinar la efectividad del tratamiento aplicado a los niños del grupo experimental, quienes presentaron síntomas de estrés postraumático.

2.1. Resultados de la Preprueba entre el Grupo Experimental y Grupo Control.

La comparación de las prepruebas de ambos grupos, nos lleva a la consideración la que previo a la aplicación de la primera medición los grupos experimental y control presentaban las mismas condiciones en cuanto a los síntomas del TEPT. La presentación de síntomas en ambos grupos puede relacionarse con los siguientes aspectos y situaciones.

- La población de niños de la Barriada El Retorno, atendida con el objetivo de detectar casos de niños con síntomas de estrés postraumático, reportó en su mayoría, no haber recibido ningún tipo de atención psicológica y/o psiquiátrica, posterior al desastre del 25 de diciembre de 2004, sobre todo, en aquellos casos que padecían síntomas de evitación, reexperimentación y aumento de la activación. Esta ausencia de apoyo psicológico, representó un incremento y perpetuación de los síntomas.

Esta situación también fue manifiesta por el Director del Centro Educativo, quien reportó solamente apoyos del SINAPROC, en lo referente a ejercicios de evacuación; sin embargo, la atención psicológica no fue recibida por parte de ninguna instancia de salud o salud mental. A su vez nos informó, que a nivel regional de educación, carecen de unidades de Psicología, que brinden la atención pertinente a los problemas mentales y emocionales que confronta la población infante – escolar de Puerto Armuelles.

Esto sugiere que la ausencia de atención temprana a víctimas de situaciones de emergencias, favorece la evolución y progresión de síntomas de estrés postraumático, siendo una de las razones por las cuales no se haya encontrado diferencia significativa entre ambos grupos.

- Al realizar entrevistas psicológicas a los padres de familia, algunos atribuyeron poca importancia a la sintomatología presentada por sus hijos, señalando que lo manifestado por ellos, no correspondía a la realidad o eran “mentiras e inventos” de los niños. El desconocimiento de los padres acerca de las consecuencias psicológicas de los desastres en los niños, y de las características del Trastorno por Estrés Postraumático (TPET), dificulta la atención inmediata de los niños afectados, ya que se minimizan o ignoran los síntomas presentados.
- Posterior al desastre y previo a la aplicación de la preprueba, se presentaron alrededor de 900 réplicas de movimientos sísmicos en el área afectada. La exposición de la muestra seleccionada a tales condiciones de inseguridad y desconfianza hacia el medio ambiente, aunado a la ausencia de atención y seguimiento psicológico, pueden haber incidido en el debilitamiento de capacidades internas para enfrentar adversidades (resiliencia) y en el desarrollo e incremento de síntomas de estrés postraumático.
- Es necesario considerar que la equivalencia de los grupos favoreció la validez interna, ya que ambos grupos presentaron las mismas características con respecto a la edad, lugar de residencia, escuela y sintomatología del TEPT.

2.2. Resultados de la Postprueba entre los Grupos Experimental y Control.

La prueba de Mann Whitney demostró diferencia significativa entre las puntuaciones de las postpruebas de los grupos, evidenciándose una reducción de síntomas en el grupo experimental. Esto sugiere que la intervención terapéutica cognitivo conductual para niños con TEPT por desastres naturales, puede ser responsable de la disminución de síntomas de este trastorno. Es importante señalar los siguientes aspectos como responsables de la variación de las puntuaciones entre ambos grupos:

1. El grupo experimental estuvo expuesto durante 12 sesiones, a un programa de tratamiento basado en técnicas cognitivo conductuales, en las cuales se contemplaron la modificación de pensamientos automáticos y creencias irracionales, agentes impulsores de emociones inadecuadas, que a su vez determinan patrones de comportamientos negativos. De igual forma, abordaron

técnicas de relajación y role playing; asignación de tareas en casa, dinámicas y participaciones grupales, en cuanto a temas como asertividad, autoestima, resolución de conflictos entre otros, los cuales se constituyeron en elementos favorecedores de respuestas de afrontamiento, que tuvieron como resultado la disminución de los síntomas.

Es importante mencionar que cerca del período de finalización del tratamiento, hubo un sismo de 4.7 grados de intensidad. Esta experiencia fue evaluada en la sesión siguiente al evento, en donde los niños expresaron cambios notorios en sus respuestas, como por ejemplo, la sujeto E-1, expresó que siempre se asustaba y lloraba cada vez que experimentaba un temblor (aún cuando estuviera en clases), ya que temía que volviera a repetirse la experiencia del 25 de diciembre. En esta ocasión se encontraba en el aula de clases y expresó sentirse segura y consciente de seguir las instrucciones brindadas por la maestra, de dirigirse al patio central del colegio, lo cual hizo sin ningún temor. Otra experiencia significativa, fue la del sujeto E-7, quien expresó que siempre que experimentaba un temblor salía corriendo, aún cuando estuviera en clases. En esa ocasión, recordó algunas herramientas presentadas en el grupo, y se dispuso a seguir las indicaciones de la maestra. Mostraba satisfacción por la respuesta presentada frente al temblor. Esta información fue corroborada por la maestra del grado, quien manifestó que el niño había respondido de manera apropiada frente al movimiento sísmico. Estos casos, confirman lo sugerido por la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2,000), la cual señala, que mediante consejería o la integración de niños afectados por una catástrofe a programas de tratamiento, se pueden prevenir o minimizar los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

2. En cuanto al Grupo Control, fue notoria la diferencia significativa en relación al Grupo Experimental, observándose perseverancia e incremento de los síntomas, lo cual puede estar relacionado con la ausencia de tratamiento para el grupo en mención. Ehrenreich (1999) señala, que no tratar los síntomas de un niño, producidos por un desastre conlleva a consecuencias aún más graves.

2.3. Resultado de las Prepruebas vs Postprueba del Grupo Experimental.

En cuanto al grupo experimental, se comprobaron las diferencias entre ambas mediciones, lo cual sugiere que previo al tratamiento, los niños presentaron síntomas del TEPT; que al ser tratados en un programa de intervención terapéutica, alcanzaron una considerable mejoría, por medio de la adquisición de herramientas y destrezas que les permitieron ejercer mayor control de sus conductas y emociones relacionadas al evento traumático. Esto tiene relación con los siguientes aspectos:

- La disposición de los niños a participar en el Programa de Tratamiento fue un elemento importante en estos resultados. Desde sus inicios mostraron una actitud accesible y colaboradora, además de ser notable el interés por recibir ayuda, frente a la incapacidad que poseían para controlar sus miedos y ansiedades. Esto fue notable además, en la participación y asistencia, pese a que el horario establecido requería la presencia de los niños, en turnos que no les correspondían. Esto ocurría dos veces a la semana. Es importante destacar que en esta comparación, no se observan registros de aumento, ni perseveración de síntomas, como se observa en los gráficos de columnas señalados anteriormente; a excepción del sujeto E-10, quien reportó en las variables síntomas de evitación y reexperimentación, los mismos resultados en la preprueba y postprueba.
- El efecto del tratamiento tuvo relación con los cambios observados por los sujetos de este grupo, en las mediciones de la preprueba y postprueba, ya que este modelo de intervención provee de recursos o herramientas que les permiten enfrentar situaciones que anteriormente no podían controlar.
- Se debe señalar que en las tres áreas hubo un registro perceptible de ausencia de síntomas en la segunda medición, lo cual sugiere que la participación temprana en un programa de tratamiento beneficiará a los niños víctimas de desastres naturales, no sólo en lo que se refiere a la disminución de síntomas, sino también a la desaparición de los mismos.
- Haber realizado la intervención terapéutica en el centro escolar garantizó la asistencia de los niños al programa, permitiendo a la vez efectuar un seguimiento de su comportamiento dentro del aula y en cuanto a sus relaciones interpersonales.

2.4 Resultados de la Preprueba vs Postprueba del Grupo Control.

El Grupo Control no mostró ninguna diferencia significativa en las prepruebas y postpruebas, comprobado estadísticamente en el análisis realizado con la prueba de Wilcoxon. Puede estar asociado a los siguientes aspectos:

- A partir del 25 de diciembre de 2003, hasta la fecha de la aplicación de la postprueba, este grupo de sujetos no recibió ningún tipo de atención psicológica, ni tampoco participó del tratamiento brindado al Grupo Experimental. La perseverancia e incremento de los síntomas, se confirman frente al hecho de no recibir atención, como lo expuso anteriormente Ehrenreich (1999), cuando establece que los síntomas como resultado de un desastre, pueden agravarse ante la ausencia de algún tipo de intervención psicológica. Es decir, nos encontramos frente a una población cuya sintomatología es progresiva, como se observa notablemente en los resultados.
- Al no participar del tratamiento efectuado con el grupo control, ni recibir apoyo psicológico o emocional, por parte de instituciones educativas o de salud pública; este grupo se encuentra en una condición de riesgo a desmejorar o cronificar su patología postraumática. También es importante señalar que la persistencia de los síntomas se deba a la ausencia de herramientas para enfrentar la ansiedad que experimentan frente a recuerdos o vivencias relacionadas con los sismos; recursos con los cuales sí cuentan los niños del Grupo Experimental, adquiridos éstos durante el programa de tratamiento.
- Fue notoria la necesidad de intervención por parte del Grupo Control, ya que solicitaban con insistencia la participación en las actividades terapéuticas y cuestionaban “cuándo les correspondería a ellos, lo que hacía el otro grupo”.
- Existe un grupo pequeño de sujetos (4) del Grupo Control, que mostraron una disminución de los síntomas. Esto puede estar relacionado con la posibilidad del apoyo emocional que reciban del hogar, en cuanto a brindar seguridad personal, fomentar adecuada autoestima y estimular comportamientos resilientes y asertivos. Por otro lado se puede considerar que sus reacciones se constituyan en normales frente a hechos anormales (sismo), con la posibilidad de que las mismas desaparecerán a largo plazo.

CAPÍTULO CINCO
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

•

1. CONCLUSIONES

1.1 Con relación a la muestra.

- La muestra seleccionada comprende 24 niños de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 7 y 12 años, moradores de la Barriada El Retorno y estudiantes de la Escuela Primaria San Vicente.
- Los niños escogidos estuvieron expuestos al sismo de intensidad 6.0, ocurrido el pasado 25 de diciembre. Ambos grupos presentaron síntomas de Estrés Postraumático, como resultado de la experiencia traumática en mención y no por experiencias traumáticas previas a la fecha señalada anteriormente.
- Los grupos fueron distribuidos en experimental y control, aleatoriamente.

1.2. Con relación al tamaño.

- El tamaño de la muestra fue de 12 sujetos respectivamente. El tamaño representó manejo adecuado del grupo, en cuanto al control disciplinario y ejecución de las actividades.

1.3. Con relación a las limitaciones.

- El horario se constituyó en una limitación, por no realizarse en un turno fijo, sino en sesiones variadas de dos jornadas: diurno (jueves/viernes) y vespertino (lunes a miércoles), debido a la disponibilidad del salón asignado para las sesiones.
- La realización de las sesiones diariamente se constituyó en una limitante para el cumplimiento de las tareas asignadas en casa, ya que algunos casos no entregaban sus tareas al día, alegando que esta actividad afectaba la realización de sus deberes escolares. En el caso de los niños que entregaban las tareas diariamente, comentaron que sí presentaban dificultades para distribuir el tiempo con las asignaciones escolares, a pesar de que fueron cumplidos y responsables. Además, es necesario considerar que además del tiempo a utilizar en la tarea asignada, también se presentaban tres veces a la semana en la escuela, fuera de su horario regular. Esto también limitó el tiempo disponible que poseían para la

realización de los deberes asignados en las sesiones.

- Algunos padres de familia no brindaron apoyo en asistir a las citas de entrevista con la terapeuta, mostrando indiferencia en cuanto a la participación de sus hijos(as) en el tratamiento. Otros manifestaron inconformidad en que las sesiones se realizaran en la tarde; pese a que fueron atendidos individualmente y solicitado su aprobación. Su molestia se debía al desacuerdo de que los niños regresaran al colegio en el turno vespertino
- En cuanto a los padres de familia, algunos no se presentaron a las citas de entrevista con la terapeuta, a pesar de las reiteradas citaciones enviadas con los niños. Por tal motivo, las historias clínicas tuvieron que elaborarse de acuerdo a la información que brindó el docente.

1.4. Con relación al tratamiento.

- El grupo experimental fue intervenido terapéuticamente con técnicas cognitivo conductuales, orientadas hacia la modificación de pensamientos erróneos, creencias irracionales y pensamientos automáticos, que tienen relación con la generación de emociones negativas, que a su vez influyen en los patrones de conducta. Otros aspectos contemplados fueron la reestructuración cognitiva, la resolución de conflictos, la autoestima y la asertividad.
- El instrumento utilizado para medir la efectividad del tratamiento fue de fácil comprensión para los niños y permitió obtener resultados, de acuerdo a tres criterios del Diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, que son los siguientes: síntomas de reexperimentación (B), síntomas de evitación (C) y aumento de la activación (D). Este cuestionario fue elaborado a partir del modelo utilizado por Servicios de Salud Mental en Desastres de Nueva York, que se denomina *Listado de Síntomas Pediátricos* (PSC).
- El tratamiento constó de 12 sesiones de 1 hora y 30 minutos, las cuales se realizaron en tres semanas. La cantidad de sesiones estuvo acorde a las necesidades de atención y permitieron realizar una distribución satisfactoria de los temas a tratar. Este tipo de intervenciones breve ha demostrado ser eficaz en el

tratamiento de víctimas de desastres y situaciones de emergencia, y en pacientes con síntomas de estrés postraumático.

- Los sujetos de la muestra respondieron adecuadamente ante el programa de tratamiento, mostraron debida disposición durante la realización de las sesiones, reflejado a través de la asistencia, puntualidad y participación activa durante las actividades. Hubo una excepción y se relaciona con la realización de las tareas en casa, en donde algunos sujetos no pudieron cumplir con la asignación durante las sesiones.
- Las pruebas estadísticas realizadas: Prueba de Mann-Whitney y la Prueba de Wilcoxon, permitieron analizar los resultados para demostrar la diferencia significativa existente entre los grupos y así considerar la efectividad del tratamiento aplicado al grupo experimental.

1.5. Con relación a la variable dependiente, el Estrés Postraumático.

- Se demostró mejoría de los síntomas del Estrés Postraumático en el Grupo Experimental que fue expuesto a la Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual, notable en los resultados de la postprueba aplicada a ambos grupos.
- Esta notable mejoría tiene relación con la adquisición de información recibida durante la intervención terapéutica, la cual les permite ejercer control sobre los estados de ansiedad provocados por el evento traumático. Los niños manifestaron experimentar mejorías en cuanto a sus estados de ansiedad y miedo, y en lo referente a las respuestas frente a los temblores que continúan presentándose en el área.

1.6. Con relación a la proyección del tratamiento.

- La Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual puede ser aplicada a niños(as) víctimas de desastres naturales con Trastorno de Estrés Postraumático.

2. RECOMENDACIONES

- 2.1.** Se debe realizar una réplica de la Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual a niños con Trastorno de Estrés Postraumático, víctimas de desastres naturales, Incluir la medición con un instrumento de tipo paramétrico.
- 2.2.** Ejecutar una evaluación de los síntomas a los niños que participaron en el presente programa terapéutico, un año después de su participación, con miras a determinar la ausencia/presencia de la sintomatología del TEPT
- 2.3.** Se recomienda efectuar la presente intervención terapéutica, con sesiones realizadas una o dos veces por semana.
- 2.4.** Estimar conveniente la aplicación de este programa de tratamiento a víctimas de otros tipos de desastres, como por ejemplo, inundaciones, incendios, entre otros.
- 2.5.** Integrar en centros educativos, programas de salud mental, que incluyan la atención de víctimas de desastres naturales.
- 2.6.** Se hace necesario desarrollar en instancias de salud, Programas de Salud Mental en Desastres; para la atención, seguimiento y tratamiento de víctimas de eventos adversos.
- 2.6.** Por último, se sugiere realizar el Programa de Intervención Terapéutica asistido con sesiones grupales periódicas con los padres de familia de los niños participantes.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y ARTÍCULOS CONSULTADOS.

- ALARCÓN, R (2002). Trastorno por estrés postraumático: Estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 30, 35-47.
- PEÑA, S (1996) *Manual del Residente de Psiquiatría*. Sociedad Española de Psiquiatría, Asociación Española de Neuropsiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. (2000). *Ayudando a los niños después de una catástrofe*, No. 36(1).
- ARANDA, J (1997). Intervención inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 68, 20-29
- ASOCIACIÓN DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD MENTAL (2001). *Manual de intervención en crisis en situaciones de desastre*. El Salvador.
- BELL, J (2003, agosto). *Política pública y vulnerabilidad social*. Ponencia presentada en el Taller Efectos Psicosociales en Situaciones de Emergencias y Desastres en Niños, Niñas, Adolescentes y Rescatistas, organizado por UNICEF y el Sistema Nacional de Protección Civil, Panamá
- BETANCURT, A., MONTOYA, L. & TREJOS, J. (1999) *Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares: Terapia efectiva para el Trastorno por Estrés Postraumático*.
- CABALLO, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol 1. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- CANO, M. & TREJOS, J (2,001). *Papel de la recreación en la recuperación emocional postdesastre en niños*, ponencia presentada en el II Simposio Nacional de Investigación y Formación en Recreación, organizado por la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación, Colombia.
- CAZABAT, E. (2001). *Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico*. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica* 40(1).
- CAZABAT, E & COSTA, E (2000). Stress: La sal de la vida. *Avances en medicina Ambulatoria 2000*. Sociedad Argentina de Medicina, 117-125.

- CENTER FOR MENTAL HEALTH SERVICES. (1995) *Psychosocial issues for Children and Families in Disasters: A Guide for the Primary Care Physician*. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services; Publication No. (SMA) 95-3022.
- CIE-10. (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Organización Mundial de la Salud.
- CLARAMUNT, M. (1999). *Mujeres maltratadas: Una guía de trabajo para la intervención en crisis*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud
- COHEN, R. (1998). *Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores*. México: El Manual Moderno. OMS.
- COHEN, R. (1999) *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para instructores*. México: El Manual Moderno. OMS.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA. (2001). *Notas de la CEPAL*. Santiago
- COMPAS, B. & COTLIB, H. (2,002). *Introducción a la Psicología Clínica. Ciencia y Práctica*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- D'OLIVEIRA, M. & GREENE, J. (1984). *Pruebas estadísticas para Psicología y Ciencias Sociales: Una guía para el estudiante*. Bogotá: Editorial Norma.
- DOMÍNGUEZ, F. (2003) *Terapia interpersonal en una muestra de maestros deprimidos*. Tesis de Magíster no publicada, Universidad de Panamá, Panamá.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales: DSM IV*. Barcelona. Editorial Masson.
- EHRENREICH, J. (1999) *Coping with disaster: a guidebook to psychosocial intervention*. Mental Health Workers with Borders (MHWB). New York 84 págs.
- FERNÁNDEZ, C. & PINEDA, G. (2000). *Manual para la recuperación emocional de personas en crisis. Para uso de promotores comunitarios*. Managua: Save the Children (Noruega).
- FRIEDMAN, M., GERRITY, E , MARSELLA, A. & SCURFIELD, R. (1996). *Ethno cultural aspects of Post-traumatic Stress Disorder*. New York: Brunner/Mazel.

- GALEA, S., AHEM, J., RESNICK, H., KILPATRICK, D., DY BUCUVALAS, M., GOLD, J. ET AL. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- GARCÍA DE SERRANO, I (1976). *Manual para la preparación de informes y tesis*. Puerto Rico: Editorial Universitaria
- HAMBLEEN, J. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10).
- HERMOSILLA, W & MONTT, M. (2001). Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 39, 110-20.
- HERNANDEZ, R., FERNÁNDEZ C. & BAPTISTA, P. (1998). *Metodología de la Investigación*, Segunda Edición. México: Ed Mc. GRAW-HILL
- HOLMES, R. (1985). *Acts of war*. New York: Free Press
- HURTADO, J. (2004). *Manejo del estrés en personal de rescate y atención a emergencias: Prevención del trastorno por estrés postraumático secundario*. Tesis de Magister no publicada, Universidad de Panamá, Panamá.
- JARERO, I. (1998). *Primeros auxilios emocionales*. México: Asociación Mexicana para la Ayuda Mental en Crisis.
- KAZDIN, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica* (3ª ed.). México: Pearson Educación.
- KOHN, R. (1999). *El Huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: un estudio en Tegucigalpa, Honduras* (inédito).
- LÓPEZ, E. & GONZÁLEZ, H (2002). El desastre de las torres gemelas: Avance de los primeros datos sobre el impacto psicológico en la población de Manhattan. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y Estrés*, 16, 13-15.
- MADRID, I. (2000). *Intervención terapéutica en niños con depresión*. Tesis de Magister no publicada, Universidad de Panamá, Panamá.
- MARTÍNEZ, A & TREJOS, J. (2001) *Influencia de un Taller de Recreación Terapéutica en los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de un grupo de militares*. Ponencia presentada en el II Simposio Nacional de Investigación y Formación en Recreación, organizado por la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación, Colombia

- MEICHENBAUM, D. (1994). Tratamiento de clientes con trastorno de estrés postraumático: un enfoque cognitivo-conductual. *Revista de Psicoterapia*, V, 17, 5-84.
- MIRA Y LÓPEZ, E (1944). *La psiquiatría en la guerra*. Buenos Aires: Editorial Médico-Quirúrgica.
- MORENO-CEBALLOS, N. & MARTÍN, A. (2000). *Asistencia psicológica a niñ@s víctimas de desastres*. Santo Domingo. Editorial Buho.
- NATIONAL ALLIANCE FOR MENTAL ILLNESS (2003). *Post-traumatic stress disorder*. USA: Gorman, J.
- OFICINA DE DERECHOS HUMANOS DEL ARZOBISPADO. (1998). *Guatemala: Nunca más*. Informe del proyecto interdiocesano: "Recuperación de la memoria histórica". Guatemala: ODHA.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001) Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Editado por la OMS Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OPS/OMS. (2001) *Recuperando la esperanza*. Guatemala: Rodríguez, J. & Ruiz, P.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OPS/OMS (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias* Washington, D.C.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OPS/OMS. (2004). *MANEJO DE CADÁVERES EN SITUACIONES DE DESASTRE*. Series Manuales y Guías sobre Desastres No. 5, Washington, D. C.
- PATAKI, G., STONE, J. & LEVINNESS, J. (2001) *Guía de consejería de crisis para niños y familias en casos de desastres* Nueva York: OMH.
- PEÑA, S. (1996). *Manual del Residente de Psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Secretaría Española de Psiquiatría Biológica España
- REYES, J. (2001). *Manual de intervenciones en salud mental para la atención de personas víctimas de desastres: Guía para el personal de apoyo en desastre (pad)*. Honduras: OPS/OMS.
- RODRÍGUEZ, J. & RUIZ, P. (2001) *Recuperando la esperanza*. Guatemala: Editado por la OPS/OMS.

- SANK, L. & SHEFFER, C. (1993). *Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitivo-conductual en grupos*. España: Editorial Desclee de Brouwer, S. A.
- SASSÓN, M. (2004). *Catástrofes y salud mental, abordajes teóricos y modalidades de intervención*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- SHIMABUKURO, J. (2002, Agosto). *Propuesta de intervención psicológica en emergencias y desastres, experiencias en el asentamiento humano: "Jardín Rosa de Santa María", con un grupo de niños sobrevivientes del incendio de Mesa Redonda*. Ponencia presentada en el I Congreso Latinoamericano de Emergencias y Desastres en Lima, Perú.
- SLAIKEU, K. (1996) *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación* (2ª ed.). México: Editorial Manual Moderno
- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS. (2004, Marzo) Resultados de la Investigación sobre las consecuencias de los atentados del 11-M en Madrid. *Boletín de SEAS* No. 20(31).
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION. (2000). *Training manual for mental health and human service workers in major disasters* (2ª ed.). Washington D. C.
- TORAL, J. (2002, Abril 9). Sismos. una amenaza latente en Panamá. *El Panamá América*.
- VALDIVIA, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(2), 76-85.
- WICKS-NELSON, R. & ISRAEL, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Imprenta Fareso.
- WONG, D., HENRÍQUEZ, G. & JUSTINIANI, L. (1997). *Determinación de la vulnerabilidad y estimación de daños ante los desastres naturales en las instalaciones hospitalarias de la República de Panamá*. Panamá: Universidad Tecnológica de Panamá.

INFORMACIÓN DE INTERNET.

- CAICEDO, A. (2002, febrero) *El concepto de trastorno por estrés postraumático*. Universidad Complutense de Madrid. III Congreso Virtual de Psiquiatría. <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis>.

- CAMACHO, E (1998). *Los volcanes de Panamá*. Laboratorio de Geofísica e Hidrogeología de la Universidad de Panamá.
<http://www.volcanbaru.com>.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS EN ANSIEDAD. (2003). *Tratamientos, cursos y talleres terapéuticos. Guía para un tratamiento efectivo*.
<http://www.info@centroima.com.ar>.
- FOLCH, K (2003). *Intervención en Crisis* [Power Point] Puerto Rico: Carlos Albizu University.
<http://www.sju.albizu.edu>.
- IBÁÑEZ, V (2003, enero 10) Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra. *Diario Electrónico de la sanidad*, 892.
<http://www.medynet.com/elmedico>
- MINGOTE, J., MACHÓN, B., ISLA, I., PERRIS, A. & NIETO, I. (2001). Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático, *Aperturas Psicoanalíticas hacia modelos integradores*, 8, Julio.
<http://www.aperturas.com>.
- MUÑOZ, A. (2002). *Trastorno de Estrés Postraumático*. Centro de Psicología y Terapia Virtual.
<http://www.cepvi.com>
- NATIONAL CENTER FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. *Treatment of PTSD*. A National Center for PTSD, Fact Sheet.
<http://www.ncptsd.org>.
- PLAZA, I. (2002) *El trastorno por estrés postraumático (I)*.
<http://www.psicocentro.com>.
- PLAZA, I. (2003). *El trastorno por estrés postraumático (II)*.
<http://www.psicocentro.com>.
- PUCHOL, D. (2001). *El trauma psicológico*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada.
<http://www.psicología-online.com>.
- RODRÍGUEZ, J & CUBANO HERRERA, D. (2003) *Seminario online: Intervención psicológica en desastres*. Psicomundo.
<http://www.edupsi.com>.
- ROMERO, G. & MASKREY, A. (1993, Julio). *Cómo entender los desastres naturales*. Redes de estudios sociales en la prevención de desastres (PREDES)

en América latina y el Caribe. LA RED. Documento de Estudio No. 1. <http://www.desenredando.org>.

VALERO, S. (2000). *Evolución histórica de la psicología en emergencias y desastres*. <http://www.monografias.com>.

ANEXOS

ANEXO NO. 1
CUESTIONARIO

NOMBRE: _____ EDAD: _____

GRADO: _____

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí ____ No ____

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:
 - a. Estoy muy inquieto, sobresaltado y/o agitado Sí ____ No ____
 - b. Tengo problemas para dormir Sí ____ No ____
 - c. Me despierto constantemente en la noche Sí ____ No ____
 - d. Me siento irritado o enojado Sí ____ No ____
 - e. Sufro ataques de ira Sí ____ No ____
 - f. Me cuesta poner atención y concentrarme Sí ____ No ____
 - g. Me distraigo con facilidad Sí ____ No ____
 - h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor(el soplo de la brisa, ruidos fuertes,etc.), es decir estoy sobrevigilante) Sí ____ No ____
 - i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente Sí ____ No ____

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:
 - a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre Sí ____ No ____
 - b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre Sí ____ No ____
 - c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos Sí ____ No ____
 - d. Me siento sin esperanzas Sí ____ No ____
 - e. Me siento triste e infeliz Sí ____ No ____

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
 - a. Pienso mucho sobre las cosas malas que me han pasado Sí ____ No ____
 - b. Pensamientos de miedo se meten en mi cabeza con frecuencia Sí ____ No ____
 - c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ____ No ____
 - d. Hay momentos en los que pareciera como si estuviera reviviendo la experiencia Sí ____ No ____
 - e. Me siento muy afectado o perturbado, cuando me encuentro frente a situaciones que me recuerdan el desastre Sí ____ No ____

ANEXO NO. 2
HISTORIAS CLINICAS
GRUPO EXPERIMENTAL
SUJETO No. 1

1. DATOS GENERALES.

Nombre: E-1
Edad: 10 años
Fecha de nacimiento: 28-4-94
Grado: IV A
Nombre de la Madre: R. M. C. **Edad.** 32 años
Ocupación: Doméstica
Nombre del Padre: J. C **Edad:** 38 años
Ocupación: Joyero
Religión: Pentecostal
Método de obtención de la información: - Entrevistas a. - Niña en estudio
2. Maestra del grado

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR:

Hogar completo. Es la menor de tres hermanas. Sus hermanas cuentan con 16 y 14 años respectivamente. Señala que existen adecuadas relaciones familiares y conyugales, a excepción de la relación con su hermana que la precede, con quien mantiene relaciones conflictivas. La situación económica es regular, señala que no confrontan problemas de tipo financieros.

La madre continua estudios secundarios, en turno nocturno. Esto ha originado molestias en el padre, quien no está de acuerdo con la decisión que la Sra. C. ha elegido. En ocasiones ha suscitado discusiones, pero estas no han trascendido a conflictos mayores, según refiere la niña.

El grupo familiar, con excepción del padre, asisten fielmente a la Iglesia Pentecostal de las Asambleas de Dios, en donde son miembros activas.

Asistió al kinder y actualmente concurre a la escuela primaria. Posee un rendimiento escolar satisfactorio. Su comportamiento se ajusta a las normas y demandas del salón y centro educativo.

Existen antecedentes de hospitalización:

4 años Estaba saltando en la cama y cayó de cabeza, requiriendo internamiento hospitalario durante 3 días.

5-6 años Quiste en el pie Intervención quirúrgica con hospitalización durante cuatro días.

Antecedentes familiares patológicos: Abuelo y primos maternos presentan problemas de dependencia al alcohol. Hubo un tío materno que murió por SIDA, además presentaba problemas mentales y de adicción a drogas.

Sin atenciones psicológicas previas

3. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por estrés postraumático.

4. CONCLUSIONES.

Se trata de niña en edad escolar que muestra adecuada adaptación al sistema educativo, con respecto a normas y figuras de autoridad. Comportamiento ajustado a las reglas, con adecuados patrones disciplinarios. Se presume capacidad intelectual acorde con edad cronológica. Adecuada madurez emocional. Se muestra reflexiva y con notables características de pensamiento lógico formal. Son notables rasgos de introversión, inseguridad y desconfianza en el medio. Apego al grupo familiar, se presume, posterior al evento del sismo. Tiene metas definidas y deseos de superación personal. Disposición al cambio.

CUESTIONARIO

NOMBRE: E-1
GRADO: III grado

EDAD 10 años

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d | Me siento sin esperanzas | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| e | Me siento triste e infeliz | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
- 4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| a | Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| b | Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| c | Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| d | Hay momentos en lo que pareciera como
si estuviera reviviendo la experiencia
del terremoto | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| e | Me siento muy afectado o perturbado
cuando me encuentro frente a situaciones que
me recuerdan el desastre | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |

SUJETO No. 2

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-2	
Edad:	11 años	
Fecha de nacimiento:	15-4-93	
Grado:	VI A	
Nombre de la Madre:	D. G.	
Ocupación:	Se desconoce	
Nombre del Padre:	C. G.	
Ocupación:	Se desconoce	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas	- Niño en estudio - Abuela paterna - Maestra del grado

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Está bajo la responsabilidad de la abuela paterna, desde que tenía un año y medio. Producto de la relación de su hijo con la Sra. G., en donde decide el Sr. G. quedarse con el menor. Es el mayor de dos hermanos. Señaló la Sra. P., abuela del niño, que no posee información acerca de las condiciones del embarazo y parto; no obstante, recuerda que cuando se lo entregaron presentaba condiciones severas de desnutrición.

El niño mantiene comunicación con su madre.

En cuanto al desempeño escolar, la abuela expresó que es muy distraído, situación que ha sido agravada por la experiencia del terremoto pasado. La maestra corroboró la información acerca del comportamiento distraído.

No existe registro de hospitalización, pese al estado de desnutrición los dos primeros años de vida.

No reportan antecedentes familiares patológicos.

No ha existido atención psicológica previa.

III. DIAGNÓSTICO.

- Abandono temprano de la figura materna
- Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Nos encontramos frente a un prepúber con rasgos de inseguridad y baja autoestima. Vulnerable a estímulos distractores. Madurez emocional por debajo de su edad. Muestra comportamientos infantiles; por el contrario, se perciben adecuados niveles de afectividad. Se presume inteligencia dentro de lo normal. Expresa encontrarse muy afectado por el pasado sismo del 25 de diciembre. Muestra disposición al cambio.

CUESTIONARIO

NOMBRE: E-2 EDAD: 11 años
 GRADO: VI A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

- 1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

- 2 Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor		
g. (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.),		
h. es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- 3 He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
 e. Me siento triste e infeliz Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒

4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
 b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
 c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
 d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
 g. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐

SUJETO No. 3

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-3	
Edad:	9 años	
Fecha de nacimiento:	3-9-94	
Grado:	V A	
Nombre de la Madre:	L. M. G.	Edad: 28 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	A. G.	Edad: 34 años
Ocupación:	Propietario de kiosco	
Religión:	Pentecostal	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas:	- Niño en estudio - Madre

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

El embarazo se presenta cuando la madre posee 17 años, bajo condiciones normales, al igual que el parto. El desarrollo psicomotor no mostró ningún tipo de alteración. Es el mayor de tres hermanos. Ambos padres casados civilmente, mantienen una relación familiar satisfactoria. Situación económica regular. El grupo familiar asiste a la Iglesia Pentecostal de las Asambleas de Dios.

En cuanto al rendimiento escolar, presenta un grado sobresaliente dentro del nivel en el que se encuentra. Su comportamiento y manejo grupal es aceptable.

Niega hospitalización y antecedentes familiares patológicos.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Niño con adecuado apoyo familiar. Con nivel intelectual, presumiblemente superior al normal. Lenguaje fluido, coherente y vocabulario. Madurez emocional acorde con edad cronológica. Se observan habilidades sociales, liderazgo y rasgos de extroversión. Afectividad normal. Acepta sentirse notablemente afectado por el sismo del 25 de diciembre. Apego marcado al grupo familiar. Es recuperable.

CUESTIONARIO

NOMBRE. E-3 EDAD 9 años
GRADO V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí ☒ No ☐

- 2 Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

Preprueba

Postprueba

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| b. Tengo problemas para dormir | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| c. Me despierto constantemente en la noche | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |
| d. Me siento irritado o enojado | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| e. Sufro ataques de ira | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| f. Me cuesta poner atención y concentrarme | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| g. Me distraigo con facilidad | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor
(el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.),
es decir estoy sobrevigilante | | |
| | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |
| 1. Me exalto con ruidos fuertes,
o me asusto fácilmente | | |
| | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2.003.

- a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos
que me recuerden el desastre Sí x No ___ Sí ___ No x
- b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando
las conversaciones se refieren al desastre Sí x No ___ Sí ___ No x
- c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales
y/o con mis amigos Sí ___ No x Sí ___ No x
- d. Me siento sin esperanzas Sí ___ No x Sí ___ No x

e Me siento triste e infeliz Sí x No ____ Sí ____ No x

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

a. Pienso mucho sobre las cosas malas que me han pasado

Sí x No Sí No x

b. Pensamientos de miedo se meten en mi cabeza con frecuencia

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	-------------------------------------	----	--------------------------	----	-------------------------------------

c Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒

d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la experiencia del terremoto Sí x No Sí No x

e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No Sí x No

SUJETO NO. 4

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-4	
Edad:	10 años	
Fecha de nacimiento:	5-2-94	
Grado:	V grado	
Nombre de la Madre:	S. G	Edad: 27 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	No se obtuvo	
Ocupación:	Se desconoce	
Religión:	Evangélica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas	- Niña en estudio - Madre

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

El embarazo se presenta cuando la madre cuenta con 15 años de edad, por lo que decide la pareja, establecer una unión consensual. Es la mayor de tres hermanos. La separación se presenta cuando la niña posee cuatro años, debido a problemas de alcoholismo e irresponsabilidad del padre, quien actualmente reside en Panamá, donde ha establecido otro hogar. Mantiene comunicación frecuente con su hija, pero el apoyo económico es esporádico. La niña viaja a la ciudad capital durante las vacaciones. Según expresa la madre, es muy sensible y posee un intenso apego y afecto hacia su padre.

Existe la figura de un padrastro, el cual establece relación conyugal con la Sra. G., desde que la menor contaba con seis años de edad. La situación económica es regular, ya que el padrastro trabaja en el Club Atlético, en el depto de mantenimiento. Las relaciones familiares son satisfactorias.

El desempeño escolar es satisfactorio. También presenta un comportamiento aceptable.

Registra hospitalización cuando estuvo recién nacida, durante 8 días en incubadora.

Posterior al desastre, expresó que a partir del sismo del 25 de diciembre, siente temor de andar sola, lo cual evita rodeándose de amigos y vecinos, aún cuando sea

para dirigirse al colegio.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Se trata de niña en edad escolar, de quien se presume capacidad intelectual dentro de lo esperado, motivación al logro de metas y afectividad normal. Con apoyo familiar adecuado, sin embargo, son notables rasgos de inseguridad y baja autoestima. Depende de contactos sociales y familiares para percibir confianza y seguridad

CUESTIONARIO

NOMBRE. E-4 EDAD: 10 años
 GRADO: V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí No x

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento sin esperanzas	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u> </u>

Sí x No Sí No x

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes.

a. Pienso mucho sobre las cosas malas que

Sí x No Sí No x

b. Pensamientos de miedo se meten en mi

Sí x No Sí No x

c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y

Sí No x Sí No x

d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la

Sí x No Sí x No

e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a

Sí x No Sí No x

SUJETO No. 5

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-5	
Edad:	11 años	
Fecha de nacimiento:	21-5-92	
Grado:	VI A	
Nombre de la Madre:	D. V	Edad: 44 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	No se obtuvo	
Ocupación:	-	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas	- Niño en estudio - Madre - Maestra

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es el menor de 3 hermanos. Cuando la madre tenía 30 años, quedó embarazada. El bebé nació pretérmino, 8 meses, por pre eclampsia. Hubo parto por cesárea; sin embargo señala la Sra V, que el niño ha mostrado un desarrollo psicomotor normal. Actualmente continua recibiendo seguimiento pediátrico. Sus hermanos cuentan con 22 y 20 años respectivamente.

Hogar completo. Ambos padres unidos consensualmente. Existen relaciones familiares satisfactorias. No reportan antecedentes familiares patológicos. Forma parte del equipo infantil de Béisbol de Puerto Armuelles.

Expresa la madre, que es muy apegado a ella, se muestra excesivamente inseguro a partir del incidente trágico del 25 de diciembre, presenta comportamientos irregulares, como por ejemplo, salir corriendo. No quería presentarse este año a la escuela. La madre descarta problemas escolares, sin embargo la docente, manifestó cambios notables en la conducta del niño, en este año lectivo. Entre estos podemos mencionar, distracción, dificultad para asimilar lo que la maestra explica. Es infantil y presenta conductas regresiva, tales como hablar “chiquito”, como si fuera un niño pequeñito. Esto fue observado además, durante las sesiones de tratamiento.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Niño que muestra serias perturbaciones de estrés postraumático, las cuales están interfiriendo con su actividad escolar. Pese al logro adquirido en la actividad deportiva, denota una dependencia inadecuada con la figura materna, discorde con la edad cronológica en la que se encuentra. Regresión e infantilismo, como búsqueda de protección y seguridad del medio que le rodea.

CUESTIONARIO

NOMBRE. E-5 EDAD 11 años
 GRADO. VI A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

- 1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u> </u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las		

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| actividades usuales y/o con mis amigos | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| d. Me siento sin esperanzas | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| e. Me siento triste e infeliz | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Pienso mucho sobre las cosas malas que me han pasado | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| b. Pensamientos de miedo se meten en mi cabeza con frecuencia | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y algunos de ellos relacionados con el sismo | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la experiencia del terremoto | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a situaciones que me recuerdan el desastre | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |

SUJETO No. 6

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-6	
Edad:	11 años	
Fecha de nacimiento:	13-2-93	
Grado:	VI A	
Nombre de la Madre:	S. T.	Edad: 40 años
Ocupación:	Vendedora de Billetes	
Nombre del Padre:	No se obtuvo	
Ocupación:	-	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas	- Niña en estudio - Madre - Maestra

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Cuando la madre quedó embarazada contaba con 29 años y el padre con 21. Esta manifestó que no hubo ningún tipo de problemas, también tuvo apoyo del padre de la niña. El parto fue por cesárea, la niña se encontraba sentada. Debido a que fue una bebé con sobrepeso, su desarrollo psicomotor fue demorado en cuanto a caminar. La situación económica es regular.

A nivel escolar presenta un desempeño satisfactorio, al igual que el comportamiento.

No existen registros de hospitalización, ni de antecedentes familiares patológicos. Es importante mencionar que el grupo familiar vivió la pérdida de la segunda hija, quien presentaba problemas congénitos. Debido a que requería de constantes hospitalizaciones, la madre muchas veces tuvo que pernoctar en el hospital, por lo cual la niña en estudio, experimentó separaciones de la figura materna constantemente. Cuando su hermana muere, inicialmente se resistía a asistir a la escuela; sin embargo. Según la madre ha superado notablemente esta pérdida.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Se trata de preadolescente con capacidad intelectual sobresaliente, lenguaje y pensamiento normal y coherente, reflexivo y con características lógico-formales. Con capacidad para aprender de la experiencia. Posee un carácter extrovertido, con liderazgo y facilidad para las relaciones interpersonales. Las pérdidas tempranas (separación de la madre y muerte de la hermana), pueden haber contribuido a la vulnerabilidad a desarrollar la sintomatología del TEPT; no obstante, los rasgos de carácter que posee, sugieren capacidad para asimilar el apoyo que el entorno le brinde, para enfrentar y superar el trauma experimentado el pasado diciembre.

CUESTIONARIO

NOMBRE E-6 EDAD 11 años
 GRADO VIA

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento triste e infeliz Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes.

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒

SUJETO No. 7

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-7	
Edad:	11 años	
Grado:	VI C	
Nombre de la Madre:	J. C	
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	J. M.	
Ocupación:	Celador en una pensión	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas	- Niño en estudio - Madre - Maestra

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es el tercero de cuatro hermanos. El embarazo y parto se dieron en condiciones normales. Hogar completo, padres casados desde hace 18 años. Confrontan una situación económica difícil.

Registra una hospitalización cuando tenía 8 meses, por braza, ya que la piel se había brotado, de tal forma que era difícil tratarlo en la casa. No existen antecedentes familiares patológicos.

El niño presenta problemas de miopía desde que se encontraba en el III grado. También posee niveles muy bajos de hemoglobina. Señala la madre que presenta problemas de comportamiento. Muestra celos hacia sus hermanas, ya que siempre acusa a sus padres de que son las preferidas, en lugar suyo. Reconoce estados agresivos e irascibles después de la experiencia traumática, alegando que los recuerdos de todo lo sucedido le producen molestia y enojo, ya que no puede sentirse seguro donde esté. El niño ha manifestado que cuando tiembla sale corriendo, no importa donde se encuentre.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

Rasgos impulsivos

CONCLUSIONES.

Preadolescente que presenta un comportamiento impulsivo, lo cual sugiere rasgos de hiperactividad previos al evento traumático; no obstante, reconoce estados de ira producidos por el malestar que le provoca la dificultad para ejercer control sobre sus miedos y ansiedades frente al hecho traumático

CUESTIONARIO

NOMBRE: E-7 EDAD 11 años
 GRADO: VIC

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios.

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- d Me siento sin esperanzas Sí x No Sí No x
- e Me siento triste e infeliz Sí x No Sí No x
- 4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
- a Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No Sí No x
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No Sí x No
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No Sí x No
- d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No Sí No x
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No Sí No x

SUJETO No. 8

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-8	
Edad:	9 años	
Grado:	III B	
Nombre de la Madre:	J. C.	
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	J. M.	
Ocupación:	Celador en una pensión	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas:	- Niña en estudio - Madre - Maestra

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es la menor de cuatro hermanos. Expresa la madre que el embarazo y parto fueron normales. La niña presenta problemas en la voz, pero no se ha detectado patología con especificidad. Su voz suena muy aguda, de tipo disfónico. Presenta un comportamiento ajustado a las normas del hogar y del colegio.

Existen relaciones familiares adecuadas. Su rendimiento escolar es satisfactorio. La maestra manifestó que es una niña insegura y tímida.

No existe registro de hospitalización. El grupo familiar posee antecedentes familiares de problemas de dependencia al alcohol entre ellos, por parte de un tío paterno. Han muerto 3 personas en la familia por problemas con el alcohol.

Ha expresado dificultad para controlar sus miedos y ansiedades posteriores al sismo del 25 de diciembre. Teme por su casa, ya que hay una parte de ella que se encuentra vulnerable; de presentarse otro sismo, según expresa, pudiera ocurrir una desgracia con la familia.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático

Trastorno fonoaudiológico

CONCLUSIONES.

Niña con problemas fonoaudiológicos, que pueden estar incidiendo sobre un temperamento introvertido, que la limita a establecer relaciones sociales con seguridad, por temor al rechazo de los iguales. El evento traumático desencadena miedos y ansiedades que le hacen desconfiar del entorno en el que se desenvuelve, favoreciendo de este modo, actitudes inseguras y de desconfianza en sus capacidades. Por el contrario, posee un grupo familiar que brinda apoyo adecuado y se puede constituir en un medio para estimular la recuperación del estrés confrontado.

CUESTIONARIO

NOMBRE: E-8 EDAD: 8 años
GRADO: III B

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

- 1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
i Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- 3 He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí x No ___ Sí ___ No x
- e. Me siento triste e infeliz Sí x No ___ Sí ___ No x

4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No ___ Sí ___ No x
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No ___ Sí ___ No x
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No ___ Sí ___ No x
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No ___ Sí ___ No x
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No ___ Sí ___ No x

SUJETO No. 9

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-9
Edad:	8
Grado:	III A
Nombre de la madre:	J. P.
Nombre de la Tía:	F. G. Edad. 34 años
Ocupación:	ama de casa
Nombre del Tío	A. G. Edad. 37 años
Ocupación:	Trabaja en la cooperativa de las bananeras
Religión:	Evangélica
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas - Niño en estudio - Tíos Maternos - Maestra

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Producto de una relación desintegrada, donde el padre, luego de haber residido muchos años en Puerto Armuelles, decidió irse a vivir en la Provincia de Colón

Su nacimiento se presentó en condiciones de normalidad, cuando la madre contaba con 18 años y el padre 26. Es el único hijo de su madre Su padre tiene otro hijo, producto de su relación actual. Conoció a su progenitor el año pasado, pero según expresan los tíos, esta experiencia no pareció ser muy significativa en el niño.

Ha estado bajo la responsabilidad de la familia P. desde que tenía tres meses de nacido, ya que la madre se fue a trabajar a Panamá y le asignó a su hermana los cuidados del bebé. Ella mantenía contacto con el niño frecuentemente, ya que viajaba todos los fines de semana Finalmente decidió quedarse en la ciudad capital, pero mantiene comunicación con el niño y le envía dinero.

Los tíos han contemplado la posibilidad de adoptar al menor, situación que al ser consultada con el mismo, fue aprobada con agrado. En estos momentos se encuentran en los trámites de adopción, con el consentimiento, además, de la figura materna.

Frente al diagnóstico del TPET, el tío se resistió a aceptar que el niño presentaba algún tipo de alteración provocada por la exposición al sismo; no obstante, al brindarse la orientación pertinente acerca de la sintomatología que manifiesta con este trastorno, reconoció que a partir del desastre, el niño ha presentado dificultades en el

rendimiento escolar bajas calificaciones, falta de concentración y vulnerabilidad a la distracción. Expresaron que habían tomado medidas correctivas de castigo corporal (con correas), ya que consideraban que era “flojera o pereza”, frente a los estudios. También han notado pérdida de interés en las actividades que antes realizaba con mucha disposición.

Según la información que poseen del grupo familiar, desconocen antecedentes familiares patológicos.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático

CONCLUSIONES.

Nos encontramos frente a un niño que está presentando dificultades en el rendimiento escolar, como resultado del estrés postraumático que experimenta posterior a la vivencia del sismo ocurrido en el mes de diciembre de 2003. Además se debe resaltar que la relación con la madre, desde temprana edad, puede haber sido percibida por el niño como un abandono y/o pérdida, lo cual, aunado a la experiencia del sismo, ha desarrollado en el niño temores y ansiedades de ser abandonado o perder a las figuras que le proveen seguridad y protección, como lo son en este caso, sus tíos maternos.

CUESTIONARIO

NOMBRE E-9 EDAD 8 años
GRADO III A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

- 1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí No x

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

Preprueba

Postprueba

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |
| b. Tengo problemas para dormir | Sí <u> </u> No <u>x</u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| c. Me despierto constantemente en la noche | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| d. Me siento irritado o enojado | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |
| e. Sufro ataques de ira | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| f. Me cuesta poner atención y concentrarme | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| g. Me distraigo con facilidad | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |
| h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor
(el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.),
es decir estoy sobrevigilante | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u>x</u> |
| i. Me exalto con ruidos fuertes,
o me asusto fácilmente | Sí <u>x</u> No <u> </u> | Sí <u>x</u> No <u> </u> |

- 3 He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2.003.

- a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos
que me recuerden el desastre Sí x No ___ Sí x No ___
- b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando
las conversaciones se refieren al desastre Sí x No ___ Sí ___ No x
- c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales
y/o con mis amigos Sí x No ___ Sí x No ___
- d. Me siento sin esperanzas Sí x No ___ Sí ___ No x

e. Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

a. Pienso mucho sobre las cosas malas que

me han pasado

Sí ☒ No ☐

Sí ☐ No ☒

b. Pensamientos de miedo se meten en mi

cabeza con frecuencia

Sí ☐ No ☒

Sí ☒ No ☐

c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y

algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☒ No ☐

Sí ☐ No ☒

d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la

experiencia del terremoto

Sí ☐ No ☒

Sí ☒ No ☐

e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a

situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐

Sí ☐ No ☒

SUJETO No. 10

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-10	
Edad:	10 años	
Fecha de nacimiento:	27-2-94	
Grado:	V A	
Nombre de la Madre:	V. S	Edad: 26 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	M S	Edad. 34 años
Ocupación:	Obrero de las Fincas Bananeras	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas:	- Niña en estudio - Madre

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

El embarazo se presentó cuando la madre contaba con 17 años y el padre 21. Señala la madre, que durante 4 y 5 años, cada uno de los padres vivía en su hogar de origen. El parto fue normal, al igual que el desarrollo psicomotor.

Actualmente ambos padres se encuentran juntos Esta es la primera hija de la primera unión de la madre y es la primera hija de la segunda unión del padre.

El grupo familiar confronta una situación económica limitada, ya que el salario del Sr. S es escaso en comparación a los gastos confrontados en el hogar

Cuando tenía dos años de edad, fue hospitalizada por una quemadura con una plancha, en donde estuvo una semana hospitalizada.

El rendimiento escolar es regular, no existen dificultades en el comportamiento dentro del centro educativo.

La madre describe a su hija como una niña inquieta e “inventora” Existen relaciones familiares satisfactorias.

Niega antecedentes familiares patológicos.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático

CONCLUSIONES.

Niña que presenta sintomatología de estrés postraumático, que puede ser recuperable debido a la existencia de factores de protección en el entorno en el que se desenvuelve (grupo familiar estimulador) y recursos internos que favorecen una adecuada recuperación (capacidad intelectual normal, habilidades y destrezas sociales, creatividad, habilidades histriónicas y resiliencia), características observadas durante las actividades realizadas en el programa de tratamiento.

CUESTIONARIO

NOMBRE: E-10 EDAD: 10 años
GRADO: V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

Preprueba

Postprueba

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado | Sí <u> </u> No <u> x </u> | Sí <u> x </u> No <u> </u> |
| b. Tengo problemas para dormir | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u> x </u> |
| c. Me despierto constantemente en la noche | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u> x </u> |
| d. Me siento irritado o enojado | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> </u> No <u> x </u> |
| e. Sufro ataques de ira | Sí <u> </u> No <u> x </u> | Sí <u> </u> No <u> x </u> |
| f. Me cuesta poner atención y concentrarme | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> x </u> No <u> </u> |
| g. Me distraigo con facilidad | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> x </u> No <u> </u> |
| h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor
(el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.),
es decir estoy sobrevigilante | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> x </u> No <u> </u> |
| i. Me exalto con ruidos fuertes,
o me asusto fácilmente | Sí <u> x </u> No <u> </u> | Sí <u> x </u> No <u> </u> |

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

- a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos
que me recuerden el desastre Sí x No Sí x No
- b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando
las conversaciones se refieren al desastre Sí x No Sí x No
- c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales
y/o con mis amigos Sí No x Sí No x
- d. Me siento sin esperanzas Sí No x Sí No x

e Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒

4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

a Pienso mucho sobre las cosas malas que

me han pasado

Sí ☒ No ☐

Sí ☒ No ☐

b Pensamientos de miedo se meten en mi

cabeza con frecuencia

Sí ☒ No ☐

Sí ☒ No ☐

c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y

algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☒ No ☐

Sí ☐ No ☒

d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la

experiencia del terremoto

Sí ☐ No ☒

Sí ☒ No ☐

e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a

situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐

Sí ☒ No ☐

SUJETO No. 11

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-11
Edad:	9 años
Fecha de nacimiento:	16-7-94
Grado:	V A
Nombre de la Madre:	J V.
Ocupación:	Se desconoce
Nombre de la Abuela:	E. E. Edad 43 año
Ocupación:	Dependiente en un almacén
Religión:	Católica
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas. - Niño en estudio - Abuela materna

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Desde los 9 meses de edad, la madre lo entregó a la abuela materna, porque quería estudiar. No fue reconocido por el padre, ya que nunca aceptó al niño. Es el mayor de cuatro hermanos. Su madre reside actualmente en Puerto Armuelles y vive al lado de la casa de la abuela. Mantiene relación frecuente con su hijo, pese a que él continúa viviendo con la abuela. La Sra. V. se encuentra desempleada, mientras que la abuela labora como dependiente en un almacén de la localidad. El cónyuge de la abuela es propietario de un puesto de legumbres en el mercado.

En cuanto a la figura paterna, la conoce, pero no la trata. Señala la abuela, que el niño rechaza a su padre y ha expresado sentir odio por él, por haberlo negado y no reconocerlo. En lo referente a las medidas disciplinarias, la abuela expresó utilizar “cuero de caballo” para corregirlo, ya que es muy inquieto y travieso.

Posee habilidades deportivas, destacándose desde los 6 años en el beisbol Siempre ha participado en selecciones infantiles y en la actualidad fue escogido para integrar la Selección Pre-infantil de Puerto Armuelles.

Cuando tenía 5 años se quemó la frente de manera accidental, mientras se quemaba un plástico y él jugaba con unos palitos cerca. Requirió hospitalización. Según manifiesta la abuela del niño, esta cicatriz ha provocado sentimientos de inferioridad con respecto a sus iguales.

En cuanto a la historia escolar, presenta un comportamiento satisfactorio. Posee metas y anhelos de superación. Ha expresado interés en estudiar ingeniería

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático

CONCLUSIONES.

Preadolescente con experiencias de rechazo y pérdidas desde temprana edad. No obstante, el apoyo de sus abuelos maternos ha reforzado habilidades que le han permitido sobresalir y destacar en actividades deportivas. La exposición al sismo debilitó su seguridad personal y la confianza en el ambiente que le rodea. El temor a la pérdida de los seres que se constituyen en protección y seguridad, es el elemento principal de su ansiedad. Esta situación puede estar vinculada a las pérdidas (por abandono y rechazo) tempranas de las figuras parentales.

CUESTIONARIO

NOMBRE E-11 EDAD 9 años
 GRADO V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí No x

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

- d Me siento sin esperanzas Sí No x Sí No x
 e Me siento triste e infeliz Sí No x Sí No x

4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes

- a Pienso mucho sobre las cosas malas que
 me han pasado Sí x No Sí No x
 b Pensamientos de miedo se meten en mi
 cabeza con frecuencia Sí x No Sí No x
 c Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
 algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No Sí No x
 d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
 experiencia del terremoto Sí No x Sí No x
 e Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
 situaciones que me recuerdan el desastre Sí No x Sí No x

SUJETO No. 12

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	E-12	
Edad:	8 años	
Fecha de nacimiento:	19-10-95	
Grado:	III A	
Nombre de la Madre:	E. R.	Edad. 29 años
Ocupación:	Se desconoce	
Nombre de la Abuela:	H. L.	Edad 55 años
Religión:	Adventista	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas.	- Niño en estudio - Abuela materna - Tía materna

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Entre ambos padres hubo una relación no formal, caracterizada por la irregularidad e inestabilidad entre los cónyuges, que finalizó durante el embarazo. El parto fue normal; sin embargo, el niño nació con complicaciones en el estómago, por lo que no hubo lactancia materna. Estas dificultades provocaron problemas de alergias a ciertos alimentos.

A los diez meses de nacido, su padre fue abaleado y la madre decidió ir a cuidarlo a la provincia capital, durante su hospitalización por 45 días. Entretanto, la abuela materna y tía, se encargaron de los cuidados del bebé.

La madre decidió quedarse en Panamá. Ella presentó problemas de convulsiones por falta de oxígeno en el cerebro, según relató la abuela desde que tenía 11 años de edad. Ha sido muy violenta en el trato con sus hijos, sobre todo con el mayor, quien ha sido víctima de abusos físicos por parte de ella. Actualmente ha establecido otro hogar en la ciudad de Panamá.

Es el segundo de dos hermanos. Existe comunicación con la madre de manera frecuente. Ella los visita esporádicamente en Puerto Armuelles y cuando esto ocurre, el niño en estudio duerme con ella en la cama.

Según la abuela, han observado que es inseguro y tímido; posterior al desastre han notado miedos intensos frente a temblores y réplicas, tampoco le gusta bañarse en

la playa, ni permanecer solo. También se ha intensificado el apego a la abuela materna.

El desempeño escolar es regular. Requiere de estimulación y supervisión para el cumplimiento de las asignaciones escolares. Es inactivo y carece de iniciativa. Según los familiares, se conforma con un rendimiento mediocre, sin motivación al mejoramiento del mismo.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático.

CONCLUSIONES.

Nos encontramos frente a un niño que desde temprana edad ha sufrido la pérdida de la figura materna, lo cual ha afectado su confianza básica y seguridad personal. La experiencia con el sismo, originó estados de ansiedad y miedo intensos, que afectaron algunos aspectos del funcionamiento general. A partir de la exposición al sismo se han desarrollado pensamientos irracionales relacionados con posibles pérdidas de seres queridos que representan protección y seguridad. Este tipo de creencias puede estar vinculado con la experiencia temprana de pérdida de las figuras parentales.

CUESTIONARIO

NOMBRE: E-12 EDAD: 8 años
 GRADO: III A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí ☐ No ☒

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
e. Sufro ataques de ira	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

- d. Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒

GRUPO CONTROL

SUJETO No. 1

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-1	
Edad:	9 años	
Fecha de nacimiento:	9 de agosto de 1984	
Grado:	IV A	
Nombre de la Madre:	A. M.	Edad 32 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	A. V.	Edad. 34 años
Ocupación:	Trabajador Manual	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas.	- Niña en estudio - Padre

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es la menor de dos hermanos. El embarazo se presentó cuando la madre poseía 22 años, presentando condiciones de alto riesgo, debido a los problemas de azúcar en la sangre que presentaba la señora. El parto fue por cesárea.

Presentó un desarrollo psicomotor normal. No existieron hospitalizaciones.

El hogar se desintegró debido a dos infidelidades de la Sra. A. M. Expresó el Sr. V., que su hija fue concebida en una etapa de reconciliación entre ambos.

Actualmente la niña reside con la madre, hermano y padrastro, con quienes sostiene relaciones familiares satisfactorias. El padre ha establecido otras uniones, que han sido de corta duración. No posee pareja al presente. Está realizando estudios superiores en educación primaria. Existe una relación muy estrecha entre él y su hija, según relata, observando que la niña se mantiene mucho más tiempo con su familia paterna que en la residencia de su madre.

Existen antecedentes familiares de alcoholismo por parte de tíos paternos.

Muestra un rendimiento escolar regular.

Expresó que después del sismo, experimenta constantes pesadillas, evitación de actividades que le recuerdan el suceso traumático y distracción en sus actividades.

escolares. También manifiesta que frente a algunos temblores ocurridos en el área, reexperimenta estas sensaciones y un temor intenso de perder a alguno de sus padres.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Se trata de una niña que frente al hecho de experimentar a temprana edad la separación de ambos padres, desarrolla un sentimiento de pérdida de la figura paterna, que compensa con la relación estrecha que ha desarrollado con el mismo. Ante la exposición a un desastre que produjo daños severos a la comunidad donde reside, se acentúan estados de ansiedad por temor a la pérdida de ambos padres; lo cual es aumentado con la continuación de sismos, aunque en menor intensidad que el ocurrido el día del desastre; los cuales reviven en ella sentimientos de indefensión en relación a su seguridad personal/familiar y al medio en el que se desenvuelve.

CUESTIONARIO

NOMBRE C-1 EDAD. 8 años
 GRADO: III A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u> </u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003.

- a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos
que me recuerden el desastre Sí x No Sí x No
- b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando
las conversaciones se refieren al desastre Sí x No Sí x No
- c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales

- d Me siento sin esperanzas Sí x No ___ Sí x No ___
- e Me siento triste e infeliz Sí x No ___ Sí x No ___

4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

- a Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No ___ Sí x No ___
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No ___ Sí x No ___
- c Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No ___ Sí x No ___
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No ___ Sí x No ___
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No ___ Sí ___ No x

SUJETO No. 2

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-2	
Edad:	8 años	
Fecha de nacimiento:	25 de julio de 1995	
Grado:	III A	
Nombre de la Madre:	Y P.	Edad. 26 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	G. A.	Edad: 42 años
Ocupación:	Pescador	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas	- Niño en estudio - Padre

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es el hijo mayor de cuatro hermanos. Fue producto de un embarazo normal, al igual que el parto. Su madre tenía 18 años al momento de su nacimiento.

Al año estuvo hospitalizado por problemas respiratorios, debido a una infección en uno de los pulmones.

En cuanto a la relación conyugal, han existido dificultades asociadas a incidentes de infidelidad de la Sra. P. Según el padre del niño, su cónyuge estuvo implicada en actividades de campaña política, pese a la negativa del mismo a que participara, ya que descuidaba las atenciones del hogar y de los hijos. En este tipo de movimientos, se involucró en relaciones amorosas con otro hombre, lo que la llevó a desvincularse de las responsabilidades como madre y esposa, según manifestó el Sr. A. Además de estos problemas, la madre de los niños ha iniciado la ingesta de alcohol.

Ante la situación expuesta, el padre ha asumido las obligaciones del hogar, incluyendo los aspectos de atención escolar y afectividad, a pesar de que sale muy temprano a pescar y en ocasiones, regresa a horas avanzadas de la noche.

A nivel económico el grupo familiar enfrenta limitaciones bastante serias, ya que el Sr. A. labora como pescador, constituyéndose en la única fuente de ingreso familiar.

Este posee una escolaridad de tercer año en Mecánica Industrial, realizado en la

Universidad Tecnológica, los cuales tuvo que suspender por regresar a Puerto Armuelles. Tampoco continuó, debido a los compromisos adquiridos con la familia La Sra. P. posee una escolaridad de II grado primaria.

En cuanto al rendimiento escolar, el padre ha notado que a partir de este año lectivo, el niño se muestra muy distraído en el aula de clases, situación que le fue manifiesta por la maestra del grado.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Se trata de un niño que proviene de un hogar disfuncional, donde los roles parentales no sólo son invertidos, sino también desiguales. La exposición a condiciones de desprotección como aquellas en que el padre se retira al mar a pescar, quedando bajo la responsabilidad de una madre que no ejerce adecuadamente el rol materno, y que dedica mayor parte del tiempo a sus relaciones extramaritales, debilita el adecuado desarrollo de la seguridad personal, autoestima, y adquisición de habilidades para enfrentar adversidades. De allí se pudiera considerar que haber experimentado el sismo del 25 de diciembre de 2,003, lo expuso a sentimientos de indefensión y desprotección, lo cual ha interferido también en sus ejecuciones escolares.

CUESTIONARIO

NOMBRE. C-2 EDAD 8 años
 GRADO: III A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e Me siento triste e infeliz Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- 4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
- a Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- c Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒

SUJETO No. 3

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-3
Edad:	9 años
Fecha de nacimiento:	19 de agosto de 1994
Grado:	V A
Nombre de la Madre:	O A. Edad 42 años
Ocupación:	Ama de casa
Nombre del Padre:	No se obtuvo
Ocupación:	-
Religión:	Católica
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas: - Niña en estudio - Madre

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es la hija única de la relación entre ambos padres. El padre no aceptó el embarazo, lo cual produjo la separación de la pareja. Presentó principio de aborto, siendo el parto pre-término; por cesárea a los 8 meses, con sufrimiento fetal. Pese a las condiciones difíciles del nacimiento, mostró un desarrollo psicomotor normal.

Cuando tenía un año de edad, su madre estableció una unión con su actual cónyuge, con quien sostiene relaciones conyugales satisfactorias. Expresó la Sra. A, que la niña también mantiene adecuadas relaciones familiares con su padrastro, no así con su padre, a quien a pesar de conocer, no expresó sentimientos de amor hacia el mismo. El reside en David, labora en un bar, pero no la apoya económicamente.

La situación monetaria es regular, ya que el padrastro labora en el matarife.

En cuanto al rendimiento académico, la madre informa que en su participación del kinder al IV grado, mostró un rendimiento satisfactorio y comportamiento bueno; sin embargo, en este año se ha observado deficiencia en la atención, bajas calificaciones y dificultades para dormir sola.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Se trata de una niña con sentimientos de abandono y rechazo percibidos por parte de la figura paterna. Se crean resentimientos hacia el mismo; sin embargo, desarrolla afecto por la figura del padrastro, con quien establece una relación satisfactoria. Sus temores a la oscuridad y soledad, además de estados de ansiedad que han afectado el rendimiento escolar, pueden estar relacionados con la exposición al terremoto del pasado diciembre, ya que representaba reexperimentar el abandono del padre, en este caso, a través de la inminente pérdida de figuras significativas, que para ella personifican seguridad y protección (madre y padrastro).

CUESTIONARIO

NOMBRE: C-3 EDAD. 9 años
 GRADO. V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí No x

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí x No __ Sí x No __
- e. Me siento triste e infeliz Sí x No __ Sí x No __

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes.

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No __ Sí x No __
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No __ Sí x No __
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No __ Sí x No __
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No __ Sí x No __
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No __ Sí x No __

SUJETO No. 4

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-4	
Edad:	8 años	
Fecha de nacimiento:	20 de agosto de 1995.	
Grado:	IV A	
Nombre de la Madre:	J. C	Edad: años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	J. C	
Ocupación:	Trabajador Manual	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevista	- Niña en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es la menor de tres hermanos. Proviene de un hogar completo. Señala que las relaciones familiares son buenas, a pesar de que su padre presenta problemas de alcoholismo.

La situación económica en el hogar es limitada. No registra hospitalización, ni otros antecedentes familiares patológicos.

El rendimiento escolar ha sido satisfactorio, desde kinder hasta la actualidad. En cuanto al comportamiento no han existido dificultades, ya que obedece las reglas establecidas en el centro escolar y respeta figuras de autoridad.

Tiene metas y anhelos de superación, expresó deseos de ser maestra. Es introvertida, tiende a ser tímida y poco expresiva. Es notable la vulnerabilidad ante la presión del grupo de iguales.

Expresó que posterior al sismo ocurrido el pasado 25 de diciembre, ha observado de manera significativa, que se distrae con facilidad, cualquier ruido o brisa la asusta y también siente mucho miedo, sobre todo, de perder a sus padres.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Son notables estados de temor y ansiedad frente a situaciones traumáticas, que por ser novedosas y a la vez, perjudiciales y peligrosas, han afectado el desenvolvimiento de la niña en su medio. Se alteran los sentidos de seguridad y protección, ya que se acentúa el miedo de perder a sus padres

CUESTIONARIO

NOMBRE C-4 EDAD 8 años
 GRADO: IV A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales		

- y/o con mis amigos Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
- d. Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☒ No ☐ Sí ☐ No ☒
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒

SUJETO No. 5

I. DATOS GENERALES.

Nombre: C-5
Edad: 10 años
Fecha de nacimiento: 21 de diciembre de 1993
Grado: V A
Nombre de la Madre: L. C. Edad. 30 años
Ocupación: Ama de casa
Nombre del Padre: Desconoce información
Ocupación: -
Religión: Católica
Método de Obtención de la Información: Entrevista - Niño en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es el segundo de tres hermanos. Solamente vive con su madre y padrastro. Ignora quién es su padre, manifestando deseos de conocerlo y relacionarse con él. En la casa no se le permite preguntar acerca de su padre, ya que cuando lo hace, su madre lo golpea.

Según los datos de su nacimiento, señaló que hubo un embarazo y parto normal. Nunca estuvo hospitalizado, ni enfermo.

En cuanto al desempeño escolar, expresó mostrar un rendimiento satisfactorio desde kinder hasta la actualidad. No presenta dificultades en el comportamiento, pero reporta que sus compañeros lo golpean mucho.

Manifestó que las relaciones familiares son satisfactorias. No existen antecedentes familiares patológicos.

En cuanto a lo observado en su carácter y temperamento, se muestra comunicativo y cooperador, educado, algo frágil y delicado. Requiere de mayor responsabilidad y cumplimiento en cuanto a los compromisos y deberes personales.

Ha expresado que se siente considerablemente afectado por el evento traumático ocurrido, lo cual ha alterado su participación en el medio en el que se desenvuelve, en todos los aspectos. Disminuyó el interés por interactuar en las actividades y juegos que antes realizaba, por temor a separarse del hogar; de igual forma, persisten

pensamientos de miedo y de reexperimentación de lo acontecido.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Preadolescente severamente afectado por la exposición al evento traumático acaecido. A pesar de que el niño señale relaciones familiares satisfactorias, se presume que en el hogar no se brindan las condiciones favorables para alcanzar un adecuado y óptimo desarrollo de su personalidad. Esto lo sugiere la situación de maltrato físico que existe cuando el niño desea obtener información sobre su padre. Crecer en un ambiente desprovisto de estímulos que promuevan seguridad personal y el desenvolvimiento de una autoestima apropiada, son elementos favorecedores del debilitamiento de los recursos personales internos (resiliencia, habilidades de afrontamiento, entre otras) para enfrentar situaciones adversas, tales como el desastre del 2,003

CUESTIONARIO

NOMBRE. C-5 EDAD. 10 años
 GRADO: VA

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003.

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d Me siento sin esperanzas Sí x No ___ Sí x No ___
- e Me siento triste e infeliz Sí x No ___ Sí x No ___

4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No ___ Sí x No ___
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No ___ Sí x No ___
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No ___ Sí x No ___
- d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No ___ Sí x No ___
- e Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No ___ Sí x No ___

SUJETO No. 6

I. DATOS GENERALES.

Nombre: C-6
Edad: 9 años
Fecha de nacimiento: 9 de septiembre de 1995
Grado: IV A
Nombre de la Madre: S. C
Ocupación: Ama de casa
Nombre del Padre: J. C.
Ocupación: Mecánico de Equipo Pesado
Religión: Católica
Método de Obtención de la Información: Entrevistas - Niña en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Desconoce la información relacionada con su nacimiento Es la menor entre cinco hermanos, con quienes sostiene relaciones fraternas satisfactorias.

Niega hospitalizaciones y antecedentes familiares patológicos Expresa que solamente padece de las amígdalas.

En cuanto al rendimiento escolar, registra un rendimiento dentro de lo esperado, desde su ingreso al kinder; de igual forma, con respecto a su comportamiento.

En lo referente a la entrevista realizada a la niña, esta desconoce muchos aspectos de su nacimiento y otras situaciones familiares de importancia para la elaboración de la historia clínica.

Se observan manejos adecuados de las relaciones sociales, afectividad apropiada; es cooperadora, comunicativa y .participativa.

Con referencia al desastre de diciembre de 2,003, expresó que se ha sentido afectada en cuanto a la disminución de interés por participar en los juegos con amigos y amigas, dificultad para concentrarse en el aula de clases y sentimientos de inseguridad con respecto a que el evento vuelva a ocurrir. También expresó temor de perder a sus padres o hermanos.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Niña que reporta sintomatología de estrés postraumático, debido a la exposición al sismo de intensidad 6.0, en donde se generan sentimientos de inestabilidad con respecto a la seguridad personal y de su familia, con temores y ansiedad que se acentúan frente a una posible reincidencia del mismo. Es posible que frente a un grupo familiar estable, que brinde el apoyo que requiere en cuanto a la percepción de condiciones de protección apropiadas, aunadas a condiciones mentales adecuadas, pueda superar el trauma

CUESTIONARIO

NOMBRE. C-6 EDAD. 9 años
 GRADO. IV A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u> </u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003.

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d Me siento sin esperanzas Sí x No Sí No x
- e Me siento triste e infeliz Sí No x Sí x No
4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No Sí x No
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí No x Sí No x
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí No x Sí x No
- d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí No x Sí No x
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí No x Sí x No

SUJETO No. 7

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-7
Edad:	7 años
Fecha de nacimiento:	No se obtuvo
Grado:	II B
Nombre de la Madre:	J. G
Ocupación:	Ama de casa
Nombre del Padre:	A G.
Ocupación:	Conductor de taxi
Religión:	Católica
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas: - Niña en estudio - Maestra

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Procede de un hogar completo, siendo la mayor de 3 hermanos. Se desconoce información acerca de datos psicobiológicos

Según la maestra indicó, la situación económica en el hogar es regular.

El padre es el responsable del traslado de la niña al colegio y viceversa, ya que la madre se encuentra hospitalizada.

En cuanto a las relaciones familiares, señaló la educadora, el padre ejerce un carácter autoritario sobre la Sra. G. y sus hijas. Esta situación fue observada cuando al aplicar la preprueba, se presentó al día siguiente ante la terapeuta para advertirle que su hija no necesitaba ayuda psicológica, porque no estaba enferma “de la cabeza”. Al explicársele que sólo sería la aplicación de un cuestionario, con la aclaración de lo que significaba el TEPT, no objetó el trabajo realizado, sin embargo mostraba una actitud poco convencida de lo que se le había descrito. Al realizar las entrevistas a los padres de familia, fue citado en varias ocasiones pero no asistió. También fue notificado para que la niña asistiera a la intervención terapéutica dirigida a los niños y niñas del grupo control, posterior a la aplicación de la postprueba, pero esta no asistió.

La niña manifestó, entre los síntomas significativos, experimentar miedos intensos cuando piensa en la posible repetición del sismo, se asusta con facilidad, teme perder a

alguno de sus padres y tiene pesadillas en las noches

Se muestran rasgos de inseguridad, fragilidad emocional y rasgos de introversión
Es tímida y poco comunicativa

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Nos encontramos frente a un grupo familiar disfuncional, que cuenta con una figura parental masculina autoritaria, dominante y controladora. Padres con esta característica de personalidad, presentan dificultades para satisfacer necesidades emocionales y afectivas de los suyos, favoreciendo modelos de personalidad y comportamiento inseguros, sin confianza en sí mismos y en los demás

En este caso se presume que la probabilidad de recuperación es escasa, ya que la calidad del apoyo familiar es deficiente y no reconoce la presencia de un trastorno en evolución, por lo que no se proveerán los recursos que permitan una adecuada mejoría. Además, la estructura familiar se caracteriza por relaciones que promueven estados de ansiedad y temor frente a las figuras de autoridad.

CUESTIONARIO

NOMBRE. C-7 EDAD: 7 años
 GRADO. II B

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d Me siento sin esperanzas Sí x No __ Sí x No __
- e Me siento triste e infeliz Sí x No __ Sí x No __

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes

- a Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No __ Sí x No __
- b Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No __ Sí x No __
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No __ Sí __ No x
- d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No __ Sí x No __
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No __ Sí __ No x

SUJETO No. 8

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-8	
Edad:	10 años	
Fecha de nacimiento:	5 de julio de 1993	
Grado:	VI A	
Nombre de la Madre:	S. Y.	Edad. 31 años
Ocupación:	Ama de casa	
Nombre del Padre:	A. M.	Edad. desconoce
Ocupación:	No se obtuvo la información	
Religión:	Católica	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas.	- Niña en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Es la mayor de tres hermanos. Según relata, el embarazo y parto se presentaron en condiciones normales

Hasta que cursó el segundo grado, se orinaba en la cama.

Cuando tenía 8 años de edad, sus padres se separaron a causa de la infidelidad del Sr. M. Según expresó, “le costó mucho aceptarlo”. Esta situación afectó su participación escolar, ya que no mostraba interés en estudiar. Con el apoyo de su madre pudo superar esta experiencia, pero nunca manifestó a su padre lo que sintió después de la separación.

Mantienen relación con el mismo. El cumple con los gastos económicos de sus hijos.

En cuanto a la historia escolar, refiere que mostró un comportamiento ajustado a las normas del centro educativo.

Posee características de introversión, timidez y poca comunicación, por otro lado, se observa una capacidad mental ajustada a la edad cronológica, madurez emocional y un carácter reflexivo.

Frente al desastre ocurrido en diciembre de 2,003, reconoce estados de ansiedad manifiestos a través de la evitación de lugares y temas que le recuerdan el hecho, también presenta como síntomas sobresalientes, dificultades para dormir y excesiva

distractibilidad en la escuela.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Nos encontramos con una niña que se encuentra en un nivel mental y emocional acorde con su edad cronológica. Sobresalen rasgos de introversión y timidez, los cuales reflejan un carácter inseguro y con pocos recursos para el establecimiento de relaciones interpersonales sin dificultades.

Se presume vulnerabilidad frente a estresores que promuevan sentimientos de indefensión, inseguridad y desprotección, sin embargo, existe la posibilidad que el nivel de madurez mental en el que se encuentra, y el apoyo familiar existente (madre), le permita superar las dificultades que estas situaciones ocasionan

CUESTIONARIO

NOMBRE· C-8 EDAD 10 años
 GRADO· VI A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios.

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒

4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes

- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
- e Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐

SUJETO No. 9

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-9
Edad:	10 años
Fecha de nacimiento:	12 de marzo de 1994.
Grado:	V A
Nombre de la Madre:	P. M.
Ocupación:	Ama de casa
Nombre del Padre:	V. M.
Ocupación:	Desconoce
Religión:	Católica
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas - Niña en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Desconoce cuántos hermanos son en total. Es la menor entre todos. Es de origen indígena, Gnobe Boogle. Sus padres se encuentran en David, según refiere, pero también menciona que viven en la montaña. Estos presentan una situación económica difícil. Solamente mantiene comunicación con ellos, a través de teléfono celular.

Uno de sus hermanos está siendo criado por una tía en Costa Rica y otro se encuentra en Panamá. La relación y comunicación con estos hermanos es poca.

Se mantiene bajo la responsabilidad de una hermana, la cual está casada y tiene una niña. Esta labora atendiendo un kiosco de la localidad. Su cuñado vende vegetales, a pesar de que presenta problemas de artritis. La condición financiera en este hogar, es bastante limitada, debido al tipo de labor que realiza cada uno.

Expresa que su hermana la golpea muy frecuente, mientras que su cuñado la trata mejor.

Cuando sea grande anhela ser maestra.

Ante la exposición del sismo, ha sido afectada a través de dificultades para conciliar el sueño, pesadillas, distractibilidad y constantes miedos y temores de que exista otro evento similar.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Niña en edad escolar que proviene de un medio familiar en condiciones de subsistencia limitadas, que a su vez restringe la relación madre/padre-hija por tener que ubicarla con la hermana mayor, debido a la situación económica

Haber sido separada de sus padres y la exposición a un trato violento por parte de su hermana, está relacionado con el desarrollo de síntomas del TEPT posterior al desastre, ya que estas experiencias previas se constituyen en situaciones estresantes que debilitan la capacidad de adaptación, el sentido de seguridad y desarrollo de competencias a eventos adversos.

CUESTIONARIO

NOMBRE: C-9 EDAD: 10 años
 GRADO: V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes

1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- 4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes.
- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐

SUJETO No. 10

I. DATOS GENERALES.

Nombre: C-10
Edad: 10 años
Fecha de nacimiento: 15 de diciembre de 1993
Grado: V A
Nombre de la Madre: M. R. Edad: 45 años
Ocupación: Vendedora en un kiosco
Nombre del Padre: P. R. Edad: 50 años
Ocupación: Obrero en la zona bananera
Religión: Evangélica
Método de Obtención de la Información: Entrevista - Niña en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Proviene de un hogar completo, siendo la menor de tres hermanos. Se observa satisfacción al referirse a las relaciones familiares confortantes que experimenta con su grupo familiar.

Desconoce su historia psicobiológica, pero no recuerda ninguna irregularidad en su desarrollo preescolar o escolar; tan sólo una operación por hernia, la cual requirió hospitalización, cuando tenía cinco años de edad.

Es el aspecto económico, expresa condiciones regulares, ya que ambos padres trabajan y cumplen con los gastos del hogar.

A nivel escolar, su rendimiento ha sido favorable, al igual que su comportamiento. Presenta capacidad mental acorde con su edad cronológica; se expresa con claridad y posee un vocabulario fluido. Es notable un nivel de madurez mental sobresaliente. Se observa responsable y puntual.

Existen antecedentes familiares en cuanto a problemas de consumo de drogas, por parte de un primo materno.

En relación con la exposición a experiencias traumáticas, señala que ha sido afectada por el sismo de diciembre de 2003, presentando dificultades para dormir, concentración y atención, ha tenido varias pesadillas, se siente vulnerable a los ruidos y sonidos que le recuerdan el desastre.

III. DIAGNÓSTICO.

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Niña con síntomas del TEPT por exposición al sismo el pasado 25 de diciembre de 2,003, no obstante, la capacidad mental que posee y el apoyo familiar recibidos, son elementos que favorecerán el logro de una recuperación óptima.

CUESTIONARIO

NOMBRE· C-10 EDAD 10 años
 GRADO· V A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

- 1 El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

- 2 Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003.

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí ☐ No ☒ Sí ☐ No ☒
- e. Me siento triste e infeliz Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí ☐ No ☒ Sí ☒ No ☐
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí ☒ No ☐ Sí ☒ No ☐

SUJETO No. 11

I. DATOS GENERALES.

Nombre:	C-11	
Edad:	7 años	
Fecha de nacimiento:	27 de febrero de 1997	
Grado:	VI B	
Nombre de la Madre:	A. C	Edad: 28 años
Ocupación:	Vendedora de billetes de lotería	
Nombre del Padre:	A. B	Edad: 32 años
Ocupación:	Conductor de taxi	
Religión:	Católico	
Método de Obtención de la Información:	Entrevistas:	- Niño en estudio - Maestro

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Cuando tenía dos o tres años, sus padres se separaron, por infidelidad del padre. Es el hijo único de la madre. El padre ha establecido un nuevo hogar, donde ha procreado otro hijo

Existe actualmente la figura de un padrastro, desde el año 2,003, pero no vive con ellos en la casa.

La madre tiene una amiga que vive conjunto con ellos en la casa. Según el docente, la madre presenta conductas lesbianas y la comunidad comenta acerca de que esta amiga, es su pareja

Niega antecedentes familiares patológicos, solamente menciona una detención de la madre por golpear a una tía, debido a una riña entre ambas

El desempeño escolar es satisfactorio, al igual que el comportamiento.

Es importante indicar que según el docente, la madre se resiste a participar en reuniones escolares, no acepta indicaciones relacionadas con el bienestar de su hijo, además, ha observado que muestra un carácter dominante sobre él. También se debe mencionar que al realizarse la entrevista al niño, la información relacionada con las atenciones de la madre y su comportamiento, fueron contestadas con respuestas evasivas y negativas.

En cuanto a la participación del niño en el programa de tratamiento para el grupo control (posterior a la aplicación de la postprueba), la madre suspendió la asistencia desde las primeras sesiones, ya que según el menor, ella se negaba a que fuera atendido por una psicóloga

La sintomatología que reporta a partir de la exposición al sismo de diciembre de 2,003, está relacionada con dificultades para concentrarse, miedos intensos, dificultades para dormir y pesadillas, entre otros

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático.

IV. CONCLUSIONES.

Niño con deficientes apoyos sociales y familiares, que repercuten en la formación y desarrollo de la seguridad y confianza interpersonal, habilidades de competencias y capacidad para responder efectivamente frente a situaciones adversas. A pesar de que ha logrado un desempeño escolar satisfactorio, la falta de sensibilidad de la madre frente a los síntomas del TEPT que presenta el niño y la ausencia de tratamiento pertinente, sugiere una posible dificultad para el logro de una adecuada capacidad de adaptación, y la limitación para el logro de la recuperación

CUESTIONARIO

NOMBRE: C-11 EDAD: 7 años
 GRADO: II A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo. Sí x No

2. Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a. Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
f. Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc.), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i. Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003.

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
b. Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u> </u> No <u>x</u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u> </u> No <u>x</u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d Me siento sin esperanzas Sí x No Sí x No
- e Me siento triste e infeliz Sí x No Sí No x
- 4 He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes:
- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí No x Sí No x
- b Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No Sí x No
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No Sí x No
- d Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No Sí No
- e Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí No x Sí No

SUJETO No. 12

I. DATOS GENERALES.

Nombre: C-12
Edad: 8 años
Fecha de nacimiento: 23 de diciembre de 1995
Grado: III A
Nombre de la Madre: A. S. **Edad:** 30 años
Ocupación: Ama de casa
Nombre del Padre: F. S **Edad:** 32 años
Ocupación: Obrero de la bananera
Religión: Católica
Método de Obtención de la Información: Entrevistas - Niño en estudio

II. BREVE HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.

Ha sido criado por sus abuelos maternos, siendo el menor de dos hermanos. No posee información acerca de su nacimiento y desarrollo psicomotor. Solamente recuerda una hospitalización por quebradura de brazo.

Su madre ha establecido otro hogar, sin embargo, los niños mantienen relaciones satisfactorias con sus abuelos maternos, por lo que han preferido quedarse con ellos. En cuanto a la comunicación con el padre, esta es esporádica, tampoco les brinda apoyo económico.

En el hogar de los abuelos, la situación económica es regular, ya que el abuelo es jubilado.

Ha mostrado un desempeño satisfactorio durante toda su participación escolar, desde kinder hasta el III grado. Manifiesta deseos de ser doctor cuando sea grande.

Niega antecedentes familiares patológicos.

Señala que el sismo de diciembre de 2003, ha provocado una serie de síntomas que han afectado sobre todo, su seguridad personal, sintiendo mucho temor que se vuelva a repetir un incidente parecido o peor. También le preocupa que a sus abuelos les suceda algo grave, de presentarse otro desastre natural.

III. DIAGNÓSTICO

Trastorno por Estrés Postraumático

IV. CONCLUSIONES.

Son notables los temores y ansiedades con respecto al futuro, lo cual afecta su sentido de seguridad y confianza en el mundo en el cual vive. Exhibe preocupación por la vida de sus abuelos, ya que estos son los que han provisto de protección y cuidados, que considera estarían en peligro, de presentarse un evento similar o peor.

La experiencia de separación de los padres, lo expuso al sentimiento de pérdida y abandono, relacionados ambos con la vulnerabilidad para desarrollar síntomas de estrés postraumático.

Existe una notoria gravedad de los síntomas y de no brindarse una atención pertinente a la problemática que presenta, prevalece la probabilidad de que se cronifiquen las manifestaciones del TEPT.

CUESTIONARIO

NOMBRE: C-12 EDAD: 8 años
 GRADO: III A

Responde a las siguientes preguntas de la mejor manera posible, que permita describir tus conductas y actitudes.

1. El pasado 25 de diciembre de 2,003, te encontrabas en el área afectada cuando ocurrió el sismo Sí x No

- 2 Desde que ocurrió el sismo, has notado los siguientes cambios:

	<u>Preprueba</u>	<u>Postprueba</u>
a Estás muy inquieto, sobresaltado y/o agitado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b. Tengo problemas para dormir	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me despierto constantemente en la noche	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
d. Me siento irritado o enojado	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
e. Sufro ataques de ira	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
f Me cuesta poner atención y concentrarme	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
g. Me distraigo con facilidad	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
h. Estoy alerta de todo lo que sucede a mi alrededor (el soplo de la brisa, ruidos fuertes, etc), es decir estoy sobrevigilante	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
i Me exalto con ruidos fuertes, o me asusto fácilmente	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

3. He observado las siguientes actitudes y conductas a partir del desastre del pasado 25 de diciembre de 2,003:

a. Prefiero evitar actividades, lugares o pensamientos que me recuerden el desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
b Rechazo hablar del tema o me aparto cuando las conversaciones se refieren al desastre	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>
c. Me intereso menos que lo común, para participar en las actividades usuales y/o con mis amigos	Sí <u>x</u> No <u> </u>	Sí <u>x</u> No <u> </u>

- d. Me siento sin esperanzas Sí x No ____ Sí x No ____
- e. Me siento triste e infeliz Sí x No ____ Sí x No ____
4. He notado que revivo el desastre a través de las siguientes conductas y actitudes.
- a. Pienso mucho sobre las cosas malas que
me han pasado Sí x No ____ Sí x No ____
- b. Pensamientos de miedo se meten en mi
cabeza con frecuencia Sí x No ____ Sí x No ____
- c. Tengo pesadillas o sueños angustiantes, y
algunos de ellos relacionados con el sismo Sí x No ____ Sí x No ____
- d. Hay momentos en lo que pareciera como si estuviera reviviendo la
experiencia del terremoto Sí x No ____ Sí x No ____
- e. Me siento muy afectado o perturbado cuando me encuentro frente a
situaciones que me recuerdan el desastre Sí x No ____ Sí x No ____

ANEXO NO. 3
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
SESION No. 1

Objetivos terapéuticos.

- Establecimiento de adecuado rapport entre la terapeuta y los pacientes
- Estimular la cohesión del grupo
- Ofrecer conocimientos acerca de técnicas de relajación.
- Brindar información acerca del TEPT y sus síntomas.

Desarrollo de la sesión.

1. Presentación de la terapeuta al grupo.
2. Presentación del grupo con ejercicios de calentamiento (juegos):
el juego de los nombres
3. Establecimiento de las reglas del grupo y de las sesiones
4. Educación. Orientación general acerca del TEPT y sus manifestaciones
5. Recogida de información: los síntomas del TEPT relacionados con los pacientes.
6. Lectura de las metas
7. Registro de asistencia.
8. Relajación de Benson.
9. Asignación de tareas.
10. Retroalimentación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Practicar la relajación de Benson: dos veces en el día durante 2 minutos

SESION No. 2

Objetivo terapéutico:

- Brindar conocimientos sobre técnicas de relajación.
- Brindar información acerca de las conexiones: acontecimiento– pensamientos – sentimientos

Desarrollo de la sesión:

- 1 Registro de asistencia.
- 2 Repaso de las tareas asignadas:
 - 2.1.Compartir acerca de la práctica de los ejercicios de relajación en casa
- 3 Ejercicios de calentamiento
4. Técnica de Relajación Muscular Profunda (RMP)
5. Asignación de tareas en casa.
6. Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Practicar la relajación de Benson en casa dos veces en el día durante 2 minutos
- Practicar la Relajación Muscular Profunda: una vez al día durante 15 minutos

SESION No. 3

Objetivo Terapéutico.

- Facilitar a los pacientes la expresión del afecto y la adaptación apropiada del acontecimiento traumático

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia
- 2 Repaso de las tareas en casa
3. Educación. Teoría del procesamiento del pensamiento.
- 4 Recogida de la información, la experiencia traumática: terremoto del 25 de diciembre de 2,003. Se pedirá a cada sujeto que relate brevemente, lo que sucedió, enfatizando, no en los detalles, sino en la experiencia traumática. Esto permite que pueda anticipar los puntos de bloqueo(*), qué significó para cada uno que les haya ocurrido el acontecimiento traumático
6. Asignación de tareas en casa
7. Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Practicar las técnicas de relajación aprendidas (RRB y RMP)
- Informe escrito sobre lo que significó el trauma, con especial referencia a las creencias sobre sí mismos y sobre los demás

(*) Los puntos de bloqueo pueden implicar un conflicto entre las creencias anteriores de la persona y el acontecimiento traumático, o ser simplemente aspectos respecto a los cuales el individuo tiene problemas para seguir adelante (es decir, se encuentra "bloqueado" o "inmovilizado")

SESION No. 4

Objetivos terapéuticos.

- Identificar los puntos de bloqueo de los pacientes.
- Motivar hacia la comprensión de la conexión que existe entre nuestros pensamientos y nuestros sentimientos.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia
2. Repaso de las tareas asignadas Los pacientes leerán lo que han escrito sobre el impacto del suceso traumático. Inicialmente se les preguntará cómo les fue al escribir el informe.
3. Se estimula al grupo a identificar los puntos de bloqueo
- 4 Educación. Introducir la conexión entre los pensamientos y los sentimientos. Se inicia con la distinción entre lo que es un pensamiento y qué es un sentimiento, haciendo un ejercicio gráfico en el tablero. Se leerá el siguiente relato:

Juan se presentó al colegio porque tenía que hacer un ejercicio A mitad del ejercicio, suspendió.

A sí mismo se dijo: "Soy un fracasado", y este pensamiento lo llevó a sentirse muy enojado y triste y no pudo finalizar con el examen

Por el contrario, si se hubiera dicho a sí mismo. "Tal vez no fue suficiente lo que estudié, para el próximo ejercicio debo estudiar más", lo más seguro es que este pensamiento permita que se sienta menos molesto.

Quiere decir que los pensamientos y lo que nos decimos a nosotros mismos de manera correcta, producen sentimientos apropiados o correctos, mientras que los pensamientos o autoverbalizaciones incorrectas, producen sentimientos inapropiados o incorrectos

5. Introducir las hojas A-B-C.
6. Asignar tareas para la casa.
7. Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Practicar las técnicas de relajación (RRB y RMP).
- Hojas A-B-C

SESION No. 5

Objetivos terapéuticos.

- Brindar información sobre la Reestructuración Cognitiva.
- Disminuir estados de ansiedad a través de ejercicios de relajación.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia.
- 2 Repasar y clarificar la tarea realizada en casa: hojas del A-B-C.
- 3 Relajación. Emparejar escenas con la relajación muscular profunda
- 4 Educación: Teoría de la Reestructuración Cognitiva Pensamientos automáticos.
5. Asignación de tareas en casa.
- 6 Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Practicar las técnicas de relajación aprendidas
- Elaborar una lista de 5 a 10 pensamientos automáticos generados en los últimos días
- Elaboración de informe escrito del impacto del evento traumático.

SESION No. 6

Objetivos terapéuticos.

- Identificar puntos de bloqueo
- Aplicar los conceptos aprendidos a ejemplos de la vida diaria.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia.
- 2 Revisión de las tareas asignadas
 - Relato del suceso traumático. Identificación de los puntos de bloqueo.
 - A-B-C. Revisión de los ejemplos en el tablero.
- 3 Role playing. Cada niño pasó a ejemplificar con actuaciones y dramatización, las experiencias y/o situaciones que le producen ansiedad
4. Asignación de tareas.
- 5 Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Lectura del material asignado
- Informe escrito del suceso traumático, redactado con mayores detalles
- A-B-C, traer ejemplos de la vida diaria.

SESION No. 7

Objetivos terapéuticos.

- Estimular la expresión de sentimientos experimentados en el suceso traumático y el cuestionamiento sobre sus puntos de bloqueo.
- Fomentar la participación grupal hacia la expresión verbal y corporal de los sentimientos que le producen ansiedad
- Motivar al grupo a identificar sus pensamientos erróneos y creencias irracionales.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia.
2. Revisión de las tareas en casa.
 - Lectura del informe escrito del suceso traumático Identificación de los puntos de bloqueo
 - Sobre la lectura de la reestructuración cognitiva.
 - A-B-C Role playing.
3. Educación Pensamientos erróneos y creencias irracionales. Ejercicio práctico.
4. Asignación de tareas
5. Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Practicar los ejercicios de relajación
- Informe escrito acerca del impacto del suceso traumático, con énfasis en los detalles

SESION No. 8

Objetivos terapéuticos.

- Estimular la identificación de puntos de bloqueo propios y de los miembros del grupo compañeros.
- Motivar el reconocimiento de pensamientos automáticos, erróneos y creencias irracionales.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia.
2. Revisión de las tareas asignadas:
 - Lectura de los informes escritos e identificación de los puntos de bloqueo y los distintos tipos de pensamientos . El grupo participó reconociendo los puntos de bloqueo, pensamientos erróneos, automáticos y creencias irracionales.
3. Asignación de tareas.
4. Evaluación de la sesión.

Asignación de tareas en casa:

- Informe escrito del impacto del suceso traumático, con énfasis en los detalles.
- Traer ejemplos para el A_B_C_

SESION No. 9

Objetivo terapéutico.

- Motivar a la identificación de puntos de bloqueo, pensamientos automáticos, erróneos y creencias irracionales propios y de los miembros del grupo
- Realizar ejercicios de relajación física y estimular la expresión verbal de sensaciones percibidas posteriores a los mismos.
- Brindar información acerca de asertividad.
- Estimular a la ejecución de papeles que ejemplifiquen los comportamientos relacionados con el tema de la sesión

Desarrollo de la sesión.

- 1 Registro de asistencia.
- 2 Revisión de tareas asignadas.
 - Informes escritos
 - Ejemplos del A-B-C
3. Ejercicios de relajación.
- 4 Educación. Asertividad. Comportamientos extremos (conductas no asertivas y conductas agresivas).
5. Role playing.
- 6 Asignación de tareas en casa.
7. Evaluación de la sesión

Asignación de tareas en casa.

- Informe escrito del suceso traumático.
- Traer dos experiencias de comportamientos asertivos.

SESION No. 10

Objetivos terapéuticos.

- Estimular al reconocimiento de puntos de bloqueo y pensamientos automáticos, erróneos y creencias irracionales.
- Promover la ejecución de comportamientos y acciones asertivas.
- Proveer información sobre la autoestima.
- Fomentar el reconocimiento de las virtudes y cualidades propias y de los demás.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia
2. Revisión de tareas asignadas:
 - Informe escrito
 - Ejemplos de comportamientos asertivos
3. Introducción al tema de la autoestima
 - Participación general Concepto. Ejemplos
 - Lectura en grupo.
 - Ejercicio. “Mi merecimiento personal”. Ejercicio práctico en grupo
4. Asignación de tareas en casa
5. Evaluación de la sesión

Asignación de tareas en casa:

- Informe escrito
- Ejercicio en casa: halagar a las personas que le rodean

SESION No. 11

Objetivos terapéuticos.

- Promover el reconocimiento de puntos de bloqueo, pensamientos automáticos, erróneos y creencias irracionales.
- Estimular la expresión de sentimientos sobre la tarea asignada de halagar a otros.
- Proveer información teórica- práctica acerca de la resolución de problemas

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de asistencia.
2. Revisión de tareas asignadas en casa
 - Informe escrito. Reconocimiento de puntos de bloqueo
 - Experiencias personales del ejercicio práctico sobre el halago a otros.
- 3 Educación. Resolución de problemas:
 - Presentación del material bibliográfico. Lectura grupal
 - Trabajo práctico Aplicación y desarrollo en las hojas de trabajo.
 - Asignación de grupos para desarrollar tarea en casa.
- 4 Asignación de tareas en casa.
5. Evaluación de la sesión

Asignación de tareas en casa:

- Realizar trabajo en grupo sobre resolución de problemas.

SESIÓN No. 12

Objetivos terapéuticos.

- Promover la participación grupal y en equipo
- Evaluar el programa de intervención terapéutica en base a sus logros, de metas, mejoras y experiencias personales.
- Facilitar la expresión de sentimientos sobre el significado del programa terapéutico
- Realizar el cierre del programa terapéutico.

Desarrollo de la sesión.

1. Registro de la asistencia.
2. Revisión de las tareas asignadas
 - Presentación del trabajo realizado en grupo.
- 3 Revisión de los contenidos.
4. Expresión individual acerca de lo que significó el programa y el contenido más significativo.
5. Despedida y cierre final de la intervención terapéutica.